

Å tenke det, ønske det, ville det og, men gjøre det...!

En utredning av praksis med å kvalitetsvurdere behandling innen psykisk helsevern for barn
og ungdom i Norge.
Med hovedfokus på hva som gjøres for å måle resultat.

Hovedoppgave for Profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Oslo
Skrevet av Britta Fällman Waldenström

FORORD.

Jeg er spesielt opptatt av brukerens perspektiv når det gjelder terapi innen psykisk helsevern for barn og ungdom, og hadde derfor en ide om å intervju familier om deres opplevelse av det å være klient. I hvilken grad hadde deres ressurser og kjennskap blitt verdsatt og brukt i terapien? Og hvilken oppfølging hadde familien fått når det gjelder støtte og veiledning, som kunne gjøre dem bedre rustet til å hjelpe barnet videre? Anne Mari Torgersen sa seg villig til å være min veileder, og det er jeg veldig takknemlig for. Hun satte meg i kontakt med Bjørg Grova ved Nic Waals Institutt. Det viste seg at min ide av ulike grunner ville bli vanskelig å gjennomføre. Men Bjørg kunne fortelle om behovet som fantes i feltet for en oversikt over hva som gjøres når det gjelder å måle hvordan klientene har opplevd, eller vurdert nytten av behandlingen de har fått. Dette er bakgrunnen for den utredningen som foreligger her.

Arbeidet med utredningen har lært meg veldig mye og jeg har stor respekt for det som gjøres rundt ikring i landet når det gjelder å hjelpe barn og unge med psykiske problemer. Jeg er svært takknemlig overfor alle som tok seg tid til å svare på min henvendelse og ikke minst er jeg takknemlig for den vennlige og imøtekommende måten jeg ble møtt på når jeg tok kontakt på telefon.

Jeg vil takke Anne Mari Torgersen for god støtte og veiledning i hele prosessen med å lage denne utredningen. Hun har stått på for meg, og gjennom sin kunnskap og lange erfaring, samt hennes blide vesen har hun gitt meg trygghet. Hun har også bidratt med mange gode råd og ”gullkorn”. Anne Mari sørget for at jeg fikk Anne-Grethe Tuseth som biveileder. Dette er jeg svært takknemlig for. Anne-Grethe har lang erfaring både fra feltet og fra egen forskning. Kommentarene hennes har vært svært klare og nyttige. En takk også till Bjørg Grova, som ga meg ideen til prosjektet.

Videre vil jeg takke familie, venner og kjente, som har hatt tro på meg, ønsket meg lykke til og oppmuntret meg. En spesiell takk rettes til min gode venninne Hanne Bakken, som har lest korrektur.

Kviteseid, 8 januar 2008.

Britta Fällman Waldenström

INNHOLDSFORTEGNELSE.

1. INNLEDNING.....	7
1.1. Kvalitetsvurdering av helsetjenester.....	7
1.1.1. Kvalitet som faste standarder med tilhørende kvalitetsindikatorer.....	7
1.1.2. Kvalitet definert i dynamiske termer.....	8
1.2. Faktorer som fremmer god kvalitet på terapi?.....	9
1.2.1. Klientens bidrag i behandlingen.....	9
1.2.2. Klientens vurdering av endring i terapi.....	11
1.2.3. Klientens vurdering av den terapeutiske alliansen.....	11
1.3. Terapi med barn, unge og deres familier.....	12
1.4. Bruk av feedback i psykoterapi.....	13
1.5. Hva gjøres i Norge når det gjelder å måle resultat av psykoterapi på barn og unge?.....	13
1.5.1. Bruken av Klient- og resultatstyrt praksis i Norge.....	13
2. PROBLEMSTILLINGER.....	15
3. METODE.....	16
3.1. Prosedyre.....	16
3.2. Instrumenter.....	17
3.3. Utvalg.....	18
3.4. Dataanalysen.....	18
4. RESULTAT.....	20
4.1. Evaluering ved hjelp av skjema.....	20
4.1.1. Instrumenter som brukes ved evaluering av behandling.....	21
4.2. Å måle endring i klientens psykiske helsetilstand ved hjelp av evalueringsskjema.....	24
4.2.1. Bruk av egnede instrumenter på en måte som gjør det mulig å registrere mål på endring.....	24
4.2.2. Bruk av instrumenter egnet til å måle endring i de ulike klinikktypene.....	26
4.2.3. Systematikk i bruken av instrumenter egnet til å måle endring.....	27
4.2.4. Bruk av instrumenter egnet til å måle endring ved avslutning av behandling og en tid etter avslutning.....	28
4.3. Generelt om bruken av evaluering ved hjelp av skjema.....	29
4.3.1. Enhetene fordelt på de ulike evalueringsinstrumenter.....	30
4.3.2. Vurdering av den terapeutiske alliansen ved hjelp av evalueringsskjema.....	32

4.3.3. Bruken av evalueringsinstrumenter på generelt grunnlag i de ulike klinikktypene.....	33
4.3.4. Systematikk når det gjelder bruken av de ulike typene instrumenter generelt.....	33
4.3.5. Generelt om evaluering av behandling, ved avslutning og/eller en tid etter avslutning av behandling.....	34
4.4. Terapeuten og/eller klienten fyller ut skjema.....	35
4.5. Evaluering via samtale.....	37
4.5.1. Er opplevd endring et tema i evalueringssamtalen?.....	38
4.6. Evaluering av behandling før, nå og fremover.....	38
4.7. Bruksområde for den innsamlede informasjonen.....	39
5. DISKUSJON.....	40
5.1. Hva undersøkelsen handler om.....	40
5.2. Viktigste funn.....	40
5.2.1. Hvorfor benyttes evaluering av behandling i forholdsvis liten utstrekning?.....	41
5.2.2. Hva er det som måles?.....	43
5.2.3. Å måle varighet av en eventuell bedring.....	45
5.2.4. Klientens vurdering registreres.....	46
5.2.5. Systematikken i evalueringsarbeidet, samt tendensen fremover.....	46
5.3. Hvordan er mine funn i sammenligning med andre studie?.....	46
5.4. Styrke og begrensninger.....	46
5.4.1. Undersøkelsens styrke.....	46
5.4.2. Undersøkelsens begrensninger.....	47
5.5. Kliniske implikasjoner.....	48
5.6. Videre forskning.....	50
6. REFERANSER.....	51

TABELLOVERSIKT.

Tabell 1.	Utvalget fordelt på klinikktyper og klientens alder.....	18
Tabell 2.	Oversikt over instrumenter som har vært brukt, brukes nå, eller kommer til å bli brukt av deltakerne i denne undersøkelsen.....	23
Tabell 3.	Enheter som måler endring i klientens psykiske helsetilstand	25
Tabell 4.	Bruken av instrumenter egnet til å måle endring fordelt på ulike klinikktyper.....	26
Tabell 5.	Systematikk i bruken av instrumenter egnet til å måle endring	27
Tabell 6.	Bruken av instrumenter egnet til å måle endring, ved avslutning av behandling og en tid etter avslutning.....	28
Tabell 7.	Ulike typer måleinstrumenter/metoder fordelt på de ulike klinikktypene.....	32
Tabell 8.	Bruken generelt av de ulike typene instrumenter ved avslutning av behandling og en tid etter avslutning.....	34
Tabell 9.	Den som fyller ut skjema, terapeuten og/eller klienten.....	35

FIGUROVERSIKT

Figur 1.	Enheter fordelt på de ulike typene evalueringsinstrumenter.....	31
Figur 2.	Den som fyller ut skjema, terapeuten og/eller klienten.....	36
Figur 3.	Evaluerings via samtale og/eller skjema.....	37

VEDLEGG

Vedlegg 1.	Følgerebrev.....	55
Vedlegg 2.	Spørreskjema.....	56
Vedlegg 3.	Enheter det ble sendt spørreskjema til.....	57
Vedlegg 4.	Behandlingsenheter innen psykisk helsevern for barn og unge.....	60
Vedlegg 5.	Kort omtale av de mest brukte instrumentene.....	65

SAMMENDRAG.

Psykisk helsevern er et satsingsområde for norske myndigheter, og en gruppe det satses på, er barn og ungdom. Målet med satsingen er å heve kvaliteten på tjenestene.

For å kunne yte hjelp av god kvalitet i spesialisthelsetjenesten, trenger en kunnskap om hva som er god terapi. De fleste velprøvde terapiretninger kan være effektive for en rekke problemer. Det viser seg imidlertid at slike faktorer, som er spesifikke for en bestemt terapimetode, har mindre betydning. Andre faktorer, de såkalte fellesfaktorene, er viktigere. De fellesfaktorene som har størst betydning, er klientens egne ressurser og faktorer utenfor selve terapisituasjonen. For å forstå hva som skjer i terapi, må vi derfor ta utgangspunkt i klientens forståelse og perspektiver. Klientens vurdering av den terapeutiske alliansen og av tidlig endring i egen psykiske helsetilstand, er de faktorer som best predikerer resultatet i terapi (Tuseth, 2007).

På denne bakgrunn er en innen psykisk helsevern for barn og ungdom opptatt av klientens egen vurdering av nytte og effekt av behandling. På hvilken måte kan en måle dette? Undersøkelsen som foreligger her, tar sikte på å gi en oversikt over praksisen i Norge med å måle nytte av behandling, slik klienten opplever den.

Informasjonen er samlet inn ved hjelp av et spørreskjema. Dette ble sendt til tilnærmet alle enheter, som behandler barn og/eller unge med psykiske problemer.

En måte klienten kan oppleve å ha hatt nytte av behandling på, er ved at den psykiske helsetilstanden er endret i positiv retning. Det er imidlertid svært få enheter som bruker instrumenter egnet til å registrere denne typen endring med en fremgangsmåte, som virkelig skaffer frem mål på en eventuell effekt av behandling. Likeså er det svært få som måler hvor varig en eventuell bedring hos klienten er. Fortsatt er vel halvparten av behandlingsenhetene uten rutiner når det gjelder å skaffe frem mål på slik endring. Dette til tross for at undersøkelsen viser at det er ganske vanlig å evaluere ulike sider av behandling.

Svarprosenten er høy, 75 pst. Av dem som svarer, bruker nesten tre av fire en eller annen form for evaluering av behandling. Ved hjelp av evalueringsskjema måles grad av endring i klientens psykiske helsetilstand, kvaliteten på den terapeutiske alliansen og/eller hvor tilfreds klienten er med ulike sider av behandlingstilbudet. Evaluering av behandling er mer vanlig i noen typer klinikker enn i andre. Selv om det ved enkelte klinikker blir foretatt evalueringer mer sporadisk, er det mest vanlig å gjøre målinger for alle klienter, og det er klientens vurdering som oftest blir registrert. Det å evaluere behandling ved hjelp av egnede instrumenter, synes å være et ganske nytt fenomen, som i tillegg ser ut til å være økende. En kan imidlertid stille spørsmål ved nytteverdien av dagens praksis.

1. INNLEDNING

I dag stilles det krav til kvalitet på en rekke område i samfunnet. Med Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) ble det satt fokus på dette begrepet også innen psykisk helsevern for barn og ungdom. Her blir fokus på kvalitet viktig av ulike grunner, avhengig av hvilket perspektiv som gjelder. Myndighetene er blant annet opptatt av at pengene som satses skal gi gode tilbud til befolkningen. For dem som jobber i feltet, vil gode resultat av behandlingen føre til at de opplever arbeidet som mer meningsfylt. Men det viktigste formålet med en kvalitetsheving må være at klientene og familiene deres får god hjelp for plagene sine.

Som nevnt stiller myndighetene krav til, og legger føringer for, arbeidet med å kvalitets-sikre behandlingen innen psykisk helsevern for barn og ungdom. Dette gjøres blant annet gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse, ”...sammen om psykisk helse” (2003). Slutføringen av opptrappingsplanen nærmer seg, og det er derfor interessant å se hva som virkelig gjøres på dette området nå.

Fra et brukerperspektiv vil et godt resultat av behandling være når klienten opplever endring i positiv retning, en endring som varer over tid. Et slikt resultat vil representere god kvalitet. Hvordan og i hvilken grad, skaffer behandlingsapparatet seg informasjon om hvorvidt behandlingen som gis oppnår slike resultat? Utredningen som foreligger her har som formål å lage en oversikt over hva som gjøres for å måle opplevd nytte av behandling.

1.1. Kvalitetsvurdering av helsetjenester.

Slik som på andre område er kvalitet et vanskelig begrep også når det gjelder helsetjenester. Det er derfor gjenstand for debatt. En diskuterer blant annet kvalitetssikring og kvalitetsutvikling. Hvilket innhold, som legges i begrepet kvalitet, varierer med de enkelte aktører. Det er naturlig at beslutningstakere, behandlere, pårørende og klienter har ulik oppfatning av hva som er god kvalitet i psykisk helsearbeid (Henriksen & Ulvestad, 2007). To ytterpunkter i synet på kvalitet er at det enten utvikles faste standarder med tilhørende kvalitetsindikatorer, eller at kvalitet defineres i dynamiske termer (Bowen & Marton, 1998).

1.1.1. Kvalitet som faste standarder med tilhørende kvalitetsindikatorer.

Når en skal si noe om komplekse fenomen som er vanskelige å måle, kan en bruke kvalitetsindikatorer, siden de er målbare variabler. I Norge bygger arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten på følgende definisjon og målsetting:

En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn på kvalitet og sier noe om kvaliteten på det området som måles. Formålet med de nasjonale kvalitetsindikatorer er å gi publikum og brukerne, helsepersonell og ledere informasjon om kvaliteten på tjenestetilbudet innen enkelte områder av spesialisthelsetjenesten. (Nasjonale kvalitetsindikatorer).

Ett område der slike indikatorer brukes, er i vurderingen av kvaliteten på helsetjenester. Disse indikatorene er gjerne knyttet opp mot bestemte krav eller standarder. Det er vanlig å dele inn kvalitetsindikatorer i struktur-, prosess- eller resultatmål. Fra resultatmål får en informasjon om de helsemessige effektene av behandlingen. (Rygh & Mørland, 2006).

Bruken av kvalitetsindikatorer gjør i følge Rygh & Mørland (2006) helsepersonell opptatt av å forbedre kvaliteten på det de leverer. Dette har positive følger i form av et kontinuerlig, bevisst fokus på klinisk praksis. Hva fungerer bra, og hva kan gjøres bedre?

Stadig nye krav, som gjør beslag på tid og ressurser, kan imidlertid oppfattes negativt i behandlingsapparatet. De som jobber der har allerede en hverdag, som er sterkt preget av krav om registrering og rapportering. Likevel etterlyser både brukere og ansatte resultatindikatorer som viser behandlingsresultat. Behandlerne har et ønske om at dette vil gjøre det enklere å ha oppmerksomhet på det de opplever som viktig. Også fra myndighetene sin side vektlegges utvikling av relevante og gode resultatindikatorer (Henriksen & Ulvestad, 2007).

Kvalitetsindikatorer er gjenstand for et stadig utviklingsarbeid. Dette foregår i flere land, og en finner mange fellestrekk mellom landene. For eksempel er de viktigste dimensjonene for kvalitetsmålingene felles, nemlig effekt, sikkerhet, pasientorientering, tilgjengelighet, likeverd og effektivitet (Kelly, 2006). Av disse er effekt, pasientorientering og effektivitet særlig relevante for denne oppgaven. I USA er viktige prinsipper for det nasjonale kvalitetsindikator-systemet at indikatorene er kunnskapsbaserte og at pasienterfaringer må vektlegges (Institute of Medicine, 2006).

1.1.2 Kvalitet definert i dynamiske termer.

Kvalitet kan også ses på som en dynamisk prosess. I følge dette synet er kvalitet ikke statisk, men noe som må finne sitt innhold under skiftende forhold og forutsetninger. Det er til enhver tid og i enhver behandlingsenhet definerer som attråverdig, er kvalitet. I enhver behandlingsenhet brukes tilgjengelig kunnskap og kompetanse til å arbeide seg fram imot det en bedømmer som kvalitet.

Siden klienten er den fremste ekspert på eget liv, vil ethvert mål på kvalitet være ufullstendig, hvis det ikke inneholder informasjon om det klienten opplever som kvalitet.

Klientens ressurser og nettverk bør være utgangspunktet for terapien. Terapeutens oppgave blir å bygge opp under klientens muligheter til å løse egne vansker. For å klare dette må behandleren ha evne til å forholde seg på en differensiert måte til enhver klient (Henriksen & Ulvestad, 2007). Gode evner og ferdigheter i dette er et viktig aspekt ved kvalitet på arbeidet med klienter, siden hver klient er unik. Som en ser er brukerens bidrag av stor betydning for å oppnå god kvalitet på behandling. I det neste avsnittet, som handler om faktorer som er virksomme i terapi, skal vi blant annet se nærmere på brukerens stilling i psykisk helse feltet.

1.2. Faktorer som fremmer god kvalitet på terapi?

Kvalitetsindikatorer som brukes i vurderingen av kvaliteten på helsetjenester, er gjerne knyttet opp mot bestemte krav eller standarder. Hvilke standarder dreier det seg om i vurderingen av behandling innen psykisk helsevern? Hvilke krav bør stilles til god kvalitet på behandling? Hva viser forskning så langt om hva som virker i terapi?

Forskning viser at de fleste terapiretningene kan gi god bedring (Lambert, 1992, 2004; Hubble et al., 1999; Wampold, 2001). En sentral forsker innen dette tema er Michael Lambert. Han har undersøkt hvilke faktorer som virker i terapi og kommet fram til at kun 15 prosent av bedringen kommer av faktorer som er spesifikke for en spesiell terapiretning. Resten av bedringen står, det Lambert kaller fellesfaktorene, for (Lambert, 1992). Andre forskere støtter dette grunnsynet. Ulike forskere trekker imidlertid fram ulike fellesfaktorer som de viktigste. Lambert legger størst vekt på klientens egne ressurser og faktorer utenfor selve terapisituasjonen. Bohart (1997) støtter Lambert, spesielt klientens eget bidrag i å skape endring ser han på som viktig. For andre forskere er forholdet mellom klient og terapeut, den terapeutiske alliansen, den viktigste fellesfaktoren (Rosenzweig, 1936; Fiedler, 1951; Rodgers, 1957 og Frank, 1991). I det følgende skal vi se nærmere på disse fellesfaktorene.

1.2.1. Klientens bidrag i behandlingen.

Det er et overordnet mål i Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) å øke brukernes medvirkning, jf Stortingets behandling av denne (Opptappingsplanen, 2003). I Stortingets innstilling til Opptappingsplanen (Innst. S.nr.222 (1997-1998)) står det at brukernes behov og medvirkning er sentralt for økt kvalitet på tjenestene.

Brukerperspektivet innebærer både det å lytte til og ta på alvor brukernes behov og erfaringer, og det innebærer vektlegging av den enkelte brukers egne ressurser. Brukeren gis styrkede muligheter til medvirkning på alle nivåer. Ved siden av at perspektivet innebærer en

verdi i seg selv, vil realisering av perspektivet kunne være et viktig bidrag til økt kvalitet i tjenestene.

Brukermedvirkning bør skje på politisk-, system- og individnivå. På individnivå betyr brukermedvirkning at den som står i et mottakerforhold til tilbud og tjenester, får innflytelse på sitt eget tilbud. Videre betyr det at brukeren, eller en representant for denne, får medvirke i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid måtte være tilgjengelig. (Opptrappingsplanen, 2003).

I Plan for brukermedvirkning (2006) erkjenner myndighetene barn og unges rett til medvirkning i egen behandling, men ser at det kreves ekstra dybdekunnskap på området for å styrke brukermedvirkning for denne gruppen. Det blir derfor foreslått å lage en egen plan for barn og unges brukermedvirkning. Utfordringer kan oppstå på flere område. Hvem skal en for eksempel definere som brukeren? Er det barnet/ungdommen alene, eller sammen med foreldrene? Det er i de aller fleste tilfeller avgjørende å se barnet i sammenheng med sin familie. Imidlertid kan mor, far og barn representere ulike behov og også ha ulike opplevelser av situasjonen. Videre kan kommunikasjonen representere en utfordring. Samtale er mest vanlig, og det er viktig å bruke et språk som barnet/ungdommen kjenner og forstår. Barn uttrykker seg ofte godt gjennom lek og tegning i terapisisituasjonen. Kanskje kan denne formen for kommunikasjon også brukes i evaluering av behandling. Det finnes allerede et evalueringsskjema som benytter seg av "smilefjes", nemlig "Young Children's Outcome Scale". Som terapeut bør en være fleksibel og kreativ, og ha evne til å skape trygge og gode arenaer. Dersom barn og unge ikke ønsker eller ikke er i stand til å uttale seg, kan nære voksne gjøre det for barnet. Dette kan være for eksempel foreldre/foresatte eller lærere (Plan for brukermedvirkning, 2006).

I den videre omtale av brukermedvirkning her dreier det seg om individnivå; klienten ansikt til ansikt med terapeuten. Hvordan er brukerens stilling innen psykisk helsefeltet i dagens Norge?

Når det gjelder behandling har klienten større innflytelse i dag enn for bare noen år siden. Denne utviklingen innen psykisk helsefeltet ser en både i Norge og i utlandet. Terapeuters syn på hva klienten kan bidra med har endret seg. I en periode dominerte holdningen at det å spørre klientene om deres opplevelse av behandlingsresultat var ufaglig og uinteressant (Tuseth, 2007), mens i dag mener mange at klienten er ekspert på sitt eget liv (Henriksen & Ulvestad, 2007).

Også innen forskning finnes en økende oppmerksomhet på klientens egen forståelse og evaluering av prosess og resultat. De første resultat-prosess-studiene kom imidlertid allerede

for 50 år siden. Her la en blant annet vekt på klientens selvhelbredende krefter (Tuseth, 2007). Forskningen på fellesfaktorer viser at klientens egne ressurser har størst betydning for terapieresultatet (Lambert, 1992). Bohart (1997) understreker særlig klientens eget bidrag i å skape endring som en fellesfaktor med betydning for terapieresultatet.

1.2.2. Klientens vurdering av endring i terapi.

Formålet med terapi er å skape endring hos klienten. Spørsmålet er hvordan en skal få dette til. På 1960- og 70-årene studerte en endringsskapende prosesser i terapi gjennom å bruke enveisspeil i klinisk praksis. Denne forskningen gav nyttige bidrag til terapipraksis, blant annet konkrete strategier for hvordan en kan skape ønsket endring. Det ble også utviklet klientbaserte resultatmål som kan brukes til å måle denne endringa (Watzlawick et al., 1974).

Kurven for vellykket endring i terapi er forutsigbar. Det vanlige er at klientene erfarer størst endring tidlig i behandlingsforløpet (Howard et al., 1986). Graden av bedring tidlig i behandlingsløpet gir en viktig pekepinn på hvordan det endelige resultatet vil bli. En klient som ikke opplever bedring tidlig i terapien vil med stor sannsynlighet ikke oppnå det ønskede resultatet av behandlingen. Dette utelukker imidlertid ikke at enkelte behandlingsopplegg kan gå over lengre tid. For noen klienter er det hensiktsmessig med behandling over lang tid. Dersom det skjer framgang i terapien og klienten ønsker å fortsette, bør en gjøre dette (Tuseth, 2007).

I USA bedrives det forskning for å finne ut hvilke faktorer som fører til positiv endring hos klientene (Lambert, Bergin, Garfield, 2004). En nærmer seg en presis forståelse av dette. Hvilke faktorer er det som fører til positiv endring hos klientene, og vil svarene på dette spørsmålet kunne fremme en terapipraksis som gir behandling av bedre kvalitet? Terapi er nok dessverre ikke så enkelt. Dette går frem av avsnittet som handler om den terapeutiske alliansen.

1.2.3. Klientens vurdering av den terapeutiske alliansen.

Relasjonen mellom terapeut og klient, også kalt den terapeutiske alliansen, har stor betydning for terapieresultatet. Flere studier underbygger dette synet. Noen mener sogar at alliansen er av avgjørende betydning. Bruce Wampold hører til dem. Metoder og teknikker er nok viktige, men de er bare virksomme dersom de benyttes innenfor en helende kontekst (Tuseth, 2007). Wampold hevder at ulike faktorer rundt selve terapien, de kontekstuelle faktorene, er de viktigste. Klient og terapeut må ha tillit til hverandre, og de må samarbeide aktivt for å oppnå resultater. Videre må begge ha tro på at klienten vil oppleve bedring som følge av den

behandlingen som gis. Dette er det vesentlige, ikke hvilken metode som brukes (Wampold, 2001). Også andre forskere mener at forholdet mellom klient og terapeut, den terapeutiske alliansen, er den viktigste fellesfaktoren (Rosenzweig, 1936; Fiedler, 1951; Rodgers, 1957 og Frank, 1991).

Den terapeutiske alliansen er så potent at kvaliteten på den kan predikere det endelige resultatet av behandling (Bachelord & Howard, 1999). Dette gjelder klientens tidlige opplevelse av relasjonen. Det er gjort omfattende forskning på forholdet mellom terapeutisk allianse og terapieresultat. Denne forskningen presenteres i en ny oversikt over litteratur om tema (Orlinsky et al., 2004). Hva er det i den terapeutiske alliansen som er virksomt? Å finne svar på dette blir en oppgave for den videre forskning. Et slikt arbeid er allerede i gang (Tuseth, 2007).

Denne forskningen er gjort på voksne. Hvilken kunnskap har en om hva som virker når det gjelder terapi med barn og unge?

1.3. Terapi med barn, unge og deres familier.

Terapi med barn og unge har flere fellestrekk med behandling av voksne. Barn og unge oppnår omtrent like stor effekt av behandlingen som voksne gjør (Kazdin, 2004), og det som vektlegges i forskningen er det samme. Sentrale forskere på området er Kazdin, Allan Carr og Stephen Shirk.

Kazdin peker på betydningen av den terapeutiske alliansen (Kazdin et al., 2005), og da spesielt vurderingene til barna og foreldrene deres. Dette viser hvor viktig klientens bidrag er i terapien. Klientens egenart, og viktigheten av å ivareta den, gjenspeiler seg også i de råd som gis når det gjelder terapi med barn og unge. Det anbefales å tilby et helhetlig opplegg, som er spesielt tilpasset det enkelte barnet. Eksempel på slike opplegg kan i følge Carr (2000) være ulike familiebaserte tilnærminger. Disse viser seg å ha god effekt for mye av det barn sliter med.

Stephen Shirk har for tiden stor innflytelse i Norge blant de som behandler barn og unge med psykiske problemer. Også Shirk vektlegger den terapeutiske relasjonen, og mener den er en av de viktigste faktorene, når det gjelder å skape endring (Shirk & Russel, 1996; Shirk et al., 2000). Spesielt viktige mener han terapeutens personlige egenskaper er. Stephen Shirk har et egenartet syn på de problemer barn sliter med. Han hevder at problemer skapes og opprettholdes i et kontinuerlig samspill mellom ulike faktorer. Disse kan være biologiske, psykiske og/eller sosiale. Problemene er med andre ord ikke en statisk egenskap ved barnet. Dette synet på barns problemer stiller visse krav til terapien. Når en skal hjelpe et barn ut ifra

et slikt syn, må en se på hvilke betingelser det er som opprettholder problemene. Disse betingelsene kan for eksempel være i forhold til familie, skole, venner og sosialt nettverk. Dette bør få konsekvenser både for kartlegging og tiltak. Behandling må basere seg på en teori om utvikling som baserer seg på empiri. Videre trenger terapeuten kunnskap om hva som skaper og forebygger patologi. I tillegg til behandling må en sette inn sosialpolitiske tiltak (Shirk & Russel, 1996; Shirk et al., 2000).

1.4 Bruk av feedback i psykoterapi.

Terapiforskning er et vidt felt og mye av forskningen gjøres på vanlig klinisk praksis. Spesielt interessant er prosjektet til Brown et al. (1999). Disse forskerne er opptatt av å finne ut hva det er som gir de beste terapieresultatene. En spesiell metode prøves ut i den hensikt å finne ut hvilken effekt den har på terapieresultatet. Metoden går ut på at terapeuten får fortløpende feedback fra klienten. Senere har flere forskere dokumentert den positive virkningen av denne metoden. Klientens tilbakemeldinger på hvordan han/ho vurderer sin egen endring gjør at terapeuten kan tilpasse behandlingen underveis (Lambert et al., 2002; Whipple et al., 2003). Fokus på resultat gjør at klienter fortsetter i terapien. Dette er ekstra viktig innen psykisk helsevern der en stor del av klientene slutter før de er ferdig behandlet (Tuseth, 2007).

Det er utviklet egne evalueringsinstrumenter som er tilpasset bruk i det daglige arbeid med klienter (Duncan et al., 2004; Duncan & Miller, 2000). Disse brukes innen den terapiretningen som kalles Klient- og resultatstyrt praksis (KOR).

1.5. Hva gjøres i Norge når det gjelder å måle resultat av psykoterapi på barn og unge?

På bakgrunn av det forskning viser om hva som predikerer gode resultat i psykoterapi, klientens opplevelse av endring tidlig i behandlingsforløpet, samt en god allianse med terapeuten (Tuseth, 2007), er det interessant å se på hva som gjøres i Norge, når det gjelder å måle resultat av terapi med barn og unge.

1.5.1. Bruken av Klient- og resultatstyrt praksis i Norge.

I Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) er fokus hele tiden på klientens opplevelse av terapien. Dette gjelder både hvordan klienten opplever relasjonen til terapeuten, og hvordan han/hun vurderer resultatet av terapien med utgangspunkt i sin opplevelse av hvorvidt den psykiske helsetilstanden endrer seg.

Dette er en egenartet måte når det gjelder å tenke på terapi, nemlig å ha fokus på klientens opplevelse, samt å vektlegge feedback til terapeuten i hver terapitime. Åpenheten rundt en slik

tenkning som Klient- og resultatstyrt praksis representerer, har vært særlig tydelig i Norge sammenlignet med i resten av verden (Duncan, 2007). Det ble nylig gjennomført en undersøkelse med formål å kartlegge erfaringene med KOR her i landet (Tuseth et al., 2006). Undersøkelsen viser at KOR-skalaene brukes ved ulike behandlingstilbud innen psykisk helsevern for barn og ungdom, og samtlige terapeuter som bruker dem, gir uttrykk for positive erfaringer. Dette er skalaer som inngår i evalueringsinstrumentet til Duncan og Miller, og de heter "Outcome Rating Scale" og "Session Rating Scale". De brukes i hver terapitime. Skalaene registrerer hvordan klienten opplever at han/hun har hatt de på ulike område siden forrige time. De registrerer også hvordan klienten opplever relasjonen til terapeuten. En kort omtale av instrumentet finnes i Vedlegg 5.

Den norske undersøkelsen (Tuseth et al., 2006) kunne ikke gi svar på om bruk av KOR-skalaene påvirker behandlingstid og behandlingsresultat. Forskning fra USA påviser imidlertid en mer effektiv terapi ved bruk av denne type klientfeedback i klinisk praksis (Lambert et al., 2002; Lambert et al., 2003; Whipple et al.).

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten har gjennomført en nasjonal undersøkelse blant foresatte ved BUP poliklinikker høsten 2006. Resultatene fra denne undersøkelsen er ennå ikke offentliggjort (Holmboe, O., (in press).

Den undersøkelsen som foreligger her, har hovedfokus på å gi en oversikt over praksisen med å måle opplevd nytte av behandling innen psykisk helsevern for barn og ungdom. Undersøkelsen viser også bredden i det arbeid som gjøres for å evaluere behandling i Norge. I dette arbeidet inngår måling av annet enn opplevd endring i egen psykiske helsetilstand, slik som måling av symptomreduksjon, vurdering av kvaliteten på den terapeutiske alliansen, samt registrering av klientens tilfredshet med ulike sider av behandlingstilbudet. For å vise størst mulig bredde samt tendenser i evalueringsarbeidet, er også det som har vært gjort før og de konkrete planer som finnes for fremtidig evaluering av behandling, tatt med.

2. PROBLEMSTILLINGER

Denne undersøkelsen er ment å finne ut i hvilken grad det foretas systematisk evaluering av hvordan klienten har opplevd nytten av behandlingen innen psykisk helsevern for barn og unge i Norge. Mer spesifikt vil følgende spørsmål bli besvart:

1. Hvilke metoder brukes i evaluering av behandling?
2. I hvilken grad måles endring i form av klientens opplevelse av bedring og symptomreduksjon?
3. Er det forskjeller mellom de ulike typene klinikker når det gjelder evaluering av behandling?
4. På hvilke tidspunkt i behandlingsforløpet blir evalueringen foretatt?
5. Hvor systematisk gjøres evalueringer av behandling?
6. I hvilken grad er det brukerens egne evalueringer som blir registrert?
7. Hva brukes den innsamlede informasjonen fra evalueringen til?

3. METODE.

3.1. Prosedyre.

Den fremgangsmåten som er mest hensiktsmessig når det gjelder å skaffe de nødvendige data, ble vurdert å være en spørreundersøkelse. Undersøkelsen består av et følgebrev (vedlegg 1) og et selvlaget spørreskjema (vedlegg 2).

Spørreskjemaet ble sendt i posten sammen med følgebrevet og en adressert og frankert svarkonvolutt. Svarfrist ble satt til ca. to uker. Brevet ble sendt i 106 eksemplarer til enheter i Norge som arbeider med psykisk helsevern for barn og unge. En oversikt over enhetene med adresser og telefonnummer, fikk jeg fra sosial- og helsedirektoratet. Denne listen (med navn på enheter) finnes i Vedlegg 3, og den er utgangspunkt for utsendelsen av spørreskjema. Ytterligere en liste over enheter finnes i vedlegg 4. Denne listen er et resultat av et grundig oppdateringsarbeid og har blant annet vært utgangspunkt for purringer.

Et par uker etter fristens utløp ble det foretatt en purrerunde via telefonsamtale. Gjennom dette arbeidet ble det klart at det hadde skjedd endringer siden adresselisten ble laget. Mange enheter hadde for eksempel fått nytt telefonnummer. Jeg brukte nummeropplysningen 1881 og gule sider for en oppdatering. Der var det opplysninger om enheter som ikke var på min adresseliste. For å få en mest mulig oppdatert liste, sendte jeg forespørsel via e-brev til alle helseforetakene i Norge. Kun et fåtall svarte. Siste utvei ble da å finne nødvendig oversikt på hjemmesidene til helseforetakene, men heller ikke alle av dem var oppdaterte. Det viste seg imidlertid at noen enheter var lagt ned, andre var slått sammen eller hadde byttet navn. For noen helseforetak var det kun oppgitt enheter på høyt nivå i systemet på min opprinnelige liste, andre var oppdelt i mindre enheter.

Som en følge av purrerunden, ble det sendt ut noen eksemplarer av spørreskjemaet på nytt. Noen enheter var lettere å nå via e-brev, så de fikk skjemaet elektronisk. I arbeidet med å purre på enhetene hendte det at jeg kom i kontakt med andre personer enn dem som opprinnelig hadde mottatt henvendelsen. Dette førte til at en enhet sendte e-brev om at de ikke brukte noe av det jeg spurte etter. Til samme tid kom det svar fra ledelsen på et høyere nivå i systemet, der det ble svart på vegne av alle avdelingene at en ikke brukte evaluering. Siden alle enhetene hadde samme praksis, valgte jeg å slå sammen svaret fra den ene enheten med fellessvaret. En annen klinikk hadde ulik praksis ved ulike team/enheter. For ikke å miste noe data, delte jeg denne klinikken i to. Ved analysen av data viste det seg hensiktsmessig å dele opp noen av enhetene i de enkelte typene klinikker. Dette for å gjøre tabellene mer oversiktlige. Sammenlagt kom det svar fra 79 enheter. Fire av svarene var uten navn på

klinikk. Etter oppdelinga av enhetene (slik som nevnt) ble det endelige antall undersøkelsesobjekter som er med i undersøkelsen 89.

3.2. Instrumenter.

Følgerebrevet er stillet til faglig ledere ved Barnepsykiatriske Poliklinikker. Her går det fram at fokus er på BUP-feltets arbeid med kvalitetssikring. Det interessante er forekomst av brukerevalueringer, og hvilke metoder som blir benyttet til dette. Hensikten er å lage en oversikt over dagens praksis. Formålet med undersøkelsen, er å finne ut hva som gjøres for å måle resultat av behandling. På hvilken måte gjøres dette, hvilke instrumenter benyttes og hva brukes den innsamlede informasjonen til? I følgerebrevet er et av spørsmålene: Blir det for eksempel ved deres poliklinikk innhentet informasjon fra klientene (foreldrene og/eller barna/ungdommene) om hvordan de har opplevd og vurdert nytten av behandlingen de har fått? Hvordan blir i så fall denne informasjonen samlet inn?

Spørreskjemaet består av tre korte spørsmål.

- 1) ”Har dere rutiner for å hente inn informasjon fra klientene om hvordan de har opplevd, eller vurdert nytten av den behandlingen de har fått?” Deltakeren skal svare med ja eller nei for to tidspunkt i behandlingsforløpet: a) ved avslutningen av behandlingen, og b) ved oppfølging en tid etter avsluttet behandling. De som mottar henvendelsen blir videre bedt om å beskrive kort hva de gjør i den forbindelse.
- 2) ”Bruker dere evalueringsskjema?” Det anmodes om å skrive navn på eventuelle skjema, og hvor de er å finne.
- 3) ”Hva brukes den innsamlede informasjonen til?” Deltakeren kan velge mellom noen ferdige svaralternativ, men det er også rom for egne forslag.

3.3. Utvalg.

Antall enheter som jobber innen psykisk helsevern for barn og unge i Norge, er av en størrelse som ble vurdert å være innenfor rammen av denne typen oppgave. Jeg ønsket derfor å ha med alle enheter. Utvalget utgjør 74,5 pst. av dem som opprinnelig ble kontaktet.

Flesteparten av enhetene som ikke svarte er poliklinikker, 15 stk. Fire er døgneheter. Det samme antall behandler kun ungdom og av disse er to akuttenheter. En familieenhet er blant dem som ikke svarte. Videre såg sykehuset i en av landets største byer seg ikke i stand til å svare, på grunn av stort arbeidspress. Dette var også grunnen mange oppga til at henvendelsen var lagt til side, slik at svaret ikke kom før fristens utløp. Flere BUP-klinikker ved store sykehus var blant dem som ikke sendte svar. De som svarer fordeler seg jevnt utover landet.

Tabell 1. Utvalget fordelt på klinikktyper og klientens alder.

Klinikktipe	Klientens alder				
	Barn N (%)	Barn/ungdom N (%)	Ungdom N (%)	Ukjent N (%)	I alt N (%)
Poliklinikk	0	57	1	0	58 (65)
Dagenhet	2	1	0	0	3 (3)
Døgnenhet	5	2	7	0	14 (16)
Familieenhet	1	5	1	0	7 (8)
Ambulantenhet	0	2	1	0	3 (3)
Ukjent	0	0	0	4	4 (4)
I alt	8 (9)	67 (75)	10 (11)	4 (4)	89 (100)

Tabell 1 viser hvordan utvalget fordeler seg på de ulike klinikktypene, og etter hvilken aldersgruppe klienten tilhører. De aller fleste enhetene, 65 pst., er poliklinikker som behandler barn og ungdom i alderen 0-18 år. En betydelig del av utvalget er også døgneheter. Disse har enten barn under 12 år eller ungdom i alderen 12-18 år som sin målgruppe. Syv enheter tilbyr opphold for hele familien. Videre består utvalget av noen få dagenheter og ambulantenheter.

I tabellen kalles en gruppe ”ukjent”. Denne gruppen består av de enhetene som svarte på forespørselen uten å oppgi navn på klinikken. Det er derfor umulig å vite hvilken type klinikker dette er, eller hvilken aldersgruppe de behandler. Disse enhetene er imidlertid tatt med i resultatet siden andre opplysninger i svarene er av interesse for undersøkelsen.

3.4. Dataanalysen.

Formålet med undersøkelsen er å lage oversikter over praksisen med å måle resultat av behandlingen innen psykisk helsevern for barn og unge. Det er derfor brukt frekvensanalyser for å belyse ulike aspekt ved denne praksisen.

4. RESULTAT.

Denne undersøkelsen viser at det er interesse for kvalitetsvurdering av arbeidet innen psykisk helsevern for barn og unge. Dette synes å være en trend i den senere tid, og en finner interessen på ulike nivå i behandlingsapparatet. Imidlertid blir ikke gode intensjoner alltid fulgt av handling, eller så er ikke evalueringsarbeidet fokusert på å måle endring i klientens psykiske helsetilstand. Konsekvensen er at svært få enheter bruker egnede evalueringsinstrumenter med en fremgangsmåte som gir et mål på endring. Svært få måler altså resultat av behandlingen.

Noen helseforetak pålegger sine enheter en lik praksis, mens hos andre blir det praktisert mye forskjellig. De ulike klinikktypene skiller seg fra hverandre når det gjelder denne typen evaluering. Det er forskjeller når det gjelder på hvilken måte informasjonen blir innhentet og hva den brukes til. Det forekommer også ulikheter i praksis når det gjelder hvor systematisk innhenting er, hvilken type instrumenter som brukes og når i behandlingsforløpet registreringen blir utført. Videre er det en forskjell i forhold til hvem det er som vurderer, klienten eller terapeuten.

Forskning viser at klientens vurdering av den terapeutiske alliansen og av tidlig bedring i sin psykiske helsetilstand, er de faktorer som best predikerer resultater i terapi (Tuseth, 2007). For å gjøre en kvalitetsvurdering av behandling underveis, trengs det derfor informasjon om hvor tilfreds klienten er med ulike sider av forholdet til terapeuten. Det trengs også informasjon om i hvilken grad klienten opplever endring i sin psykiske helsetilstand i positiv retning. Informasjon om endring av denne typen er også ønskelig ved avslutning av behandling og en tid etter endt behandling.

Registrering av slik endring gjøres ved hjelp av evalueringsskjema. Denne metoden gir mulighet for å framskaffe differensierte og presise resultatmål. Det forekommer også, men i mindre utstrekning at klienter blir spurt i en samtale om en eventuell endring som følge av et behandlingsopplegg. Størrelsesforholdet mellom bruk av skjema og samtale går frem av Figur 3.

4.1. Evaluering ved hjelp av skjema.

Evalueringsskjema egnet til å kvalitetsvurdere behandling er av ulike typer. Noen skjema registrerer klientens vurdering av hvordan han/hun har det. Andre skjema registrerer funksjonsnivå og symptomer. Bruk av disse to typene instrumenter gjør det mulig å få et mål på endring hos klienten. Dette forutsetter imidlertid at en gjør minst to målinger med samme skjema, en ved oppstart av behandlingen og en ved et senere tidspunkt. På denne måten kan

en sammenligne for eksempel funksjonsnivå og symptomer hos klienten før behandlingen startet, med tilstanden etter en tid med behandling. En annen type instrumenter registrerer ulike sider ved forholdet mellom klient og terapeut, den terapeutiske alliansen. Andre skjema kan brukes til å måle hvor fornøyd klienten er med ulike sider av behandlingstilbudet. Videre finnes det skjema som hovedsaklig måler tilfredshet, men som har noen få spørsmål om forholdet til terapeuten, samt noen spørsmål om i hvilken grad klienten har opplevd positiv endring i sin psykiske helsetilstand.

4.1.1. Instrumenter som brukes ved evaluering av behandling.

Jeg har valgt å dele instrumentene i fire grupper (Tabell 2). Denne inndelingen er gjort på grunnlag av egenskaper til de instrumentene som nevnes av enhetene i utvalget.

- 1) Instrumenter som er egnet til å måle endring, enten
 - a) av klientens opplevelse av egen psykiske helsetilstand, eller
 - b) av symptomer og/eller funksjonsnivå
- 2) Instrumenter som er egnet til å vurdere den terapeutiske alliansen.
- 3) Instrumenter som måler klientens tilfredshet, men som har noen få spørsmål om opplevd endring.
- 4) Instrumenter som måler tilfredshet.

For presentasjonen av hva som gjøres når det gjelder å måle endring, er enhetene som måler klientens opplevelse av egen tilstand samlet i en gruppe. Det samme gjelder for enhetene som måler symptomer og funksjonsnivå. Videre er det en gruppe for dem som ikke evaluerer med skjema nå, og en gruppe for resten. Det vil si de som måler annet, og de jeg ikke har relevante opplysninger om.

Til presentasjonen av mer generelle sider ved evaluering av behandling, slik som registrering av annet enn endring av den psykiske helsetilstanden, samt både tidligere og fremtidige registreringer, har jeg gruppert enhetene etter hvilken type skjema de benytter seg av. Disse gruppene er:

- A) Enheter som kun bruker instrumenter egnet til å måle endring i helsetilstanden.
- B) Enheter som bruker et instrument egnet til å måle endring, men som i tillegg bruker et instrument som vurderer den terapeutiske alliansen.
- C) Enheter som bruker instrumenter egnet til å måle endring, men som i tillegg bruker instrumenter egnet til å måle tilfredshet med ulike sider ved behandlingstilbudet.
- D) Enheter som bruker instrumenter som måler klientens tilfredshet, men som har noen få spørsmål om opplevd endring.

E) Enheter som måler kun tilfredshet med ulike sider ved behandlingen.

Denne inndelingen er valgt på grunn av at undersøkelsen har som sitt primære fokus å se på hva som gjøres for å måle resultat av behandling i form av endring i klientens psykiske helsetilstand. Jeg har valgt å skille mellom instrumenter som vurderer den terapeutiske alliansen, (deltakerne i denne undersøkelsen bruker kun et instrument av denne typen, nemlig "Session Rating Scale" (SRS)), og slike som måler tilfredshet. Begge typene måler i prinsippet klientens tilfredshet, men de måler tilfredshet med hver sine sider av behandlingssituasjonen. Den viktigste forskjellen er imidlertid at "tradisjonelle" tilfredshetsskjema vanligvis brukes ved avslutning av behandling, mens bruk av SRS forutsetter at registrering gjøres i hver terapitime. Dette for å dra nytte av informasjonen underveis i behandlingen, slik at kvaliteten på terapien kan heves. Tabell 2 gir en oversikt over instrumenter som nevnes av deltakerne i undersøkelsen. Tallet helt til høyre i tabellen står for antall enheter som nevner at de har brukt, bruker nå eller skal begynne å bruke dette instrumentet. En kort omtale av de mest brukte instrumentene finnes i Vedlegg 5.

Tabell 2. Oversikt over instrumenter som har vært brukt, brukes nå, eller kommer til å bli brukt av deltakerne i denne undersøkelsen.

Type instrumenter	Navn på instrumenter	Antall
1a) Måler endring av opplevd tilstand	ORS Outcome Rating Scale	14
1b) Måler endring av symptomer og/eller funksjonsnivå	SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire	6
	ASEBA Achenbach System of Empirically Based Assessment	9
	HoNOSCA Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents	5
	CGAS Children's Global Assessment Scale	4
2) Instrumenter egnet til å vurdere den terapeutiske alliansen	SRS Session Rating Scale	14
3) Instrumenter som måler klientens tilfredshet med behandlingen, men som har noen spørsmål om opplevd endring av egen tilstand	Undersøkelse om foresattes erfaringer med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker	5
	FBB Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung	2
	Brukerundersøkelse etter behandling i BUP. Ungdom og foresatte. Versjon: III (30.08.05)	3
	Spørsmål ved avslutning av behandlingskontakt I	1
	Spørsmål ved avslutning av behandlingskontakt II	1
4) Instrumenter som måler tilfredshet	ESQ Erfaringer med BUP-klinikken	6
	Erfaring med BUP-klinikken	1
	Vurdering av kontakten med BUPP FR.STAD	1

I tillegg til de en finner i Tabell 2, blir ytterligere tre instrumenter nevnt av deltakerne i undersøkelsen. Disse er MFQ, TRF og Eyberg, og hver av dem blir nevnt av kun en enhet. Instrumentenes fulle navn og hva de måler er ukjent for meg, og de er derfor ikke plassert inn i tabellen. Flere enheter nevner at de bruker selvlagede evalueringsskjema som måler tilfredshet. Selv om jeg ikke har tilgang til disse, er de tatt med som en del av datagrunnlaget. Grunnen til at noen har laget egne skjemaer er at eksisterende instrumenter ikke passet til ønsket bruk. Andre enheter bruker omarbeidede og tilpassede utgaver av kjente instrumenter. I analysen av data er disse gruppert sammen med dem som bruker originalen.

4.2. Å måle endring i klientens psykiske helsetilstand ved hjelp av evalueringsskjema.

Prosedyren med å måle endring enten av klientens opplevelse av egen tilstand eller av hans/hennes symptomer og/eller funksjonsnivå, betinger bruk av egnede instrumenter på en bestemt måte.

4.2.1. Bruk av egnede instrumenter på en måte som gjør det mulig å registrere mål på endring

Mål på endring i klientens psykiske helsetilstand som kan tolkes som et resultat av behandling, kan fremskaffes ved bruk av egnede evalueringsskjema. Slike skjema er enten av typen som presenteres som 1a i Tabell 2. Disse registrerer hvordan klienten opplever at han/ho har hatt det med seg selv, med andre, sosialt og generelt siden forrige møte med terapeuten. Eller så er skjema av type 1b (se Tabell 2). Denne typen registrerer klientens symptomer og funksjonsnivå på ulike område, for eksempel adferd og sosial fungering. Begge typene registrering gjennomføres ved minst to tidspunkt i behandlings- forløpet, ved oppstart av behandlingen og ved et senere tidspunkt. Dette gjør det mulig å sammenligne klientens tilstand før behandling med tilstanden etter en tid. Når det videre i resultatkapittelet nevnes mål på endring i den psykiske tilstanden til klienten, er det disse to typene registreringer det vises til.

Deltakerne i undersøkelsen bruker kun et instrument av type 1a, nemlig "Outcome Rating Scale" (ORS). Av instrumenter fra gruppen 1b brukes "Strengths and Difficulties Questionnaire" (SDQ), "Achenbach System of Empirically Based Assessment" (ASEBA, tidligere kalt CBCL), "Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents" (HoNOSCA) og "Children's Global Assessment Scale" (CGAS).

Noen enheter benytter seg av instrumenter som registrerer klientens opplevelse av egen tilstand (ORS) i kombinasjon med et skjema som måler kvaliteten på den terapeutiske alliansen (SRS). Andre bruker en eller flere av instrumentene som registrerer symptomer og funksjonsnivå, det vil si SDQ, ASEBA, HoNOSCA og CGAS. De sistnevnte instrumentene brukes ofte sammen med et tilfredshetsskjema. Det mest brukte instrumentet av denne typen er "Erfaringer med BUP-klinikken" (ESQ). Med dette måler en hvor tilfreds klienten er for eksempel med den informasjonen som ble gitt, med muligheten til å bidra i terapien, samt med lokalene og avtaletidspunktet. En måler også hvor stor tillit klienten har til de ansattes kompetanse. Dette instrumentet har i tillegg noen spørsmål om forholdet til terapeuten.

Tabell 3 viser hvor mange enheter som oppgir at de gjør minst to registreringer med instrumenter egnet til å måle endring i klientens psykiske helsetilstand, enten dette er i form av klientens opplevelse av egen tilstand eller ved registrering av symptomer og funksjonsnivå.

Den ene registreringen gjøres ved oppstart av behandlingen og den andre ved et senere tidspunkt.

Tabell 3. Enheter som måler endring i klientens psykiske helsetilstand.

Tidspunkt i behandlingsforløp	Type instrumenter				
	1a	1b	Registrerer annet	Bruker ingen instrumenter	I alt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N
Ved oppstart og underveis/senere	1	3	1	1	6
Litt uti terapien/ved avslutning	10	6	15	14	45
Ved andre tidspunkt	1	0	3	0	4
Bruker ikke skjema	0	0	0	24	24
Ukjent	1	0	2	7	10
I alt	13 (15)	9 (10)	21 (23)	46 (52)	89

1a) Instrumenter som registrerer opplevelse av egen tilstand, jamfør Tabell 2.

1b) Instrumenter som registrerer symptomer og/eller funksjonsnivå, jamfør Tabell 2.

I mai/juni 2007, da undersøkelsen ble gjort, var det kun fire enheter som oppga at de gjennomførte systematiske målinger av resultat av behandling. Dette vil si at de gjorde registreringer ved oppstart av behandling og ved et senere tidspunkt med instrumenter egnet til å måle endring i klientens psykiske helsetilstand (Tabell 3). Alle fire er BUP-klinikker. Av disse er det kun en som måler resultat systematisk. En opplyser at de bruker instrumentet rutinemessig, men at effekt er i fokus bare av og til. Hos en annen er det bare enkelte behandlere som bruker instrumentet. Den fjerde går under navnet BUP-klinikk, men oppgir at målinger ikke gjøres i poliklinikk, bare i en familieenhet. Dette skulle tilsi at en forsvinnende liten del av behandlerne måler effekt av behandling. Så mange som vel halvparten av enhetene brukte ingen evalueringsinstrumenter, mens resten gjorde registreringer ved andre tidspunkt og/eller registrerte annet. Det vil i hovedsak si hvor tilfreds klienten er.

Det er stor sannsynlighet for at flere, kanskje alle, som bruker instrumenter av type 1a og 1b, gjør dette på en måte som gir mål på endring hos klienten. Begrunnelsen er fremgangsmåten ved vanlig bruk av disse skjemaene. Med instrumentet av type 1a som brukes av enhetene i undersøkelsen, "Outcome Rating Scale", gjøres registreringer i hver terapitime, inklusive den første og den siste. Ved tradisjonell bruk av instrumentene av type

1b gjøres en kartlegging av klientens symptomer og funksjonsnivå ved oppstart av behandlingen. Hvis dette gjøres av enhetene som oppgir at de gjør en måling ved et tidspunkt et stykke ut i behandlingsforløpet/ved avslutning, blir andelen som får et mål på endring noe større (Tabell 3). Den er imidlertid fortsatt svært beskjeden.

Det er altså en viss sannsynlighet for at flere skaffer frem mål på endring enn de som eksplisitt oppgir at de gjør det. Dette er grunnen til at jeg har valgt å vise noen trekk ved de enhetene som bruker evalueringsinstrument av typen 1a og b. Jeg ser på hvordan de ulike klinikktypene fordeler seg på bruken av disse instrumentene, hvor systematisk bruken er, samt hvor opptatt enhetene er av å følge opp klientene en tid etter avsluttet behandling. Tabell 4-6 omhandler spesifikt bruken av instrumenter som er egnet til å måle endring hos klienten. Det er verdt å merke seg at disse kun viser enheter som oppgir bruk av denne typen skjema, uten at en vet med sikkerhet hvorvidt de benytter en fremgangsmåte som gir mål på endring.

4.2.2. Bruken av instrumenter egnet til å måle endring i de ulike klinikktypene.

De fleste poliklinikkene bruker ikke evalueringsinstrumenter i det hele tatt, 59 pst. (Tabell 4). En fjerdepart bruker instrumenter egnet til å måle endring, og dette er flere enn antall poliklinikker som måler annet. Også blant dag-, døgn-, familie og ambulantenheter er det en stor del som ikke evaluerer behandlingen ved hjelp av instrumenter, 30-40 pst. Disse klinikktypene fordeler seg likt når det gjelder hva som måles med unntak av døgnenheter, der det er mer vanlig å måle annet enn endring.

Tabell 4. Bruken av instrumenter egnet til å måle endring fordelt på ulike klinikktyper.

Klinikktype	Type instrumenter				
	1a	1b	Registrerer annet	Bruker ingen instrumenter	I alt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N
Poliklinikk	10 (17)	5 (9)	9 (15)	34 (59)	58
Dagenhet	0	1 (33)	1 (33)	1 (33)	3
Døgnenhet	1 (7)	1 (7)	6 (43)	6 (43)	14
Familieenhet	1 (14)	1 (14)	2 (29)	3 (43)	7
Ambulantenhet	1 (33)	0	1 (33)	1 (33)	3
Ukjent	0	1 (25)	2 (50)	1 (25)	4
I alt	13 (15)	9 (10)	21 (23)	46 (52)	89

1a) Instrumenter som registrerer opplevelse av egen tilstand, jamfør Tabell 2.

1b) Instrumenter som registrerer symptomer og /eller funksjonsnivå, jamfør Tabell 2.

4.2.3. Systematikk i bruken av instrumenter egnet til å måle endring.

Fra Tabell 5 ser en at instrumenter som er egnet til å måle endring vanligvis brukes for alle klienter. Så mange som 78 pst. av de enhetene som registrerer symptomer og funksjonsnivå gjør dette for alle klienter. Det samme gjelder for nærmere halvparten av de som registrerer klientens opplevelse av egen tilstand. Denne typen instrumenter er også tatt i bruk av enkelte terapeuter ved nesten halvparten av enhetene. Det går imidlertid ikke frem av svarene hvorvidt disse terapeutene bruker instrumentene for alle klientene.

Tabell 5. Systematikk i bruken av instrumenter egnet til å måle endring.

Hvor systematisk brukes skjema	Type instrumenter				
	1a	1b	Registrerer annet	Bruker ingen instrumenter	I alt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Som enkeltprosjekt	0	0	3 (14)	10 (21,5)	13 (14,5)
For hver klient	6 (46)	7 (78)	10 (48)	2 (4,5)	25 (28)
Regelmessig, men ikke for hver klient	0	0	3 (14)	0	3 (3,5)
Av enkelte terapeuter ved enheten	6 (46)	0	0	2 (4,5)	8 (9)
Av og til	0	1 (11)	0	0	1 (1)
I en avd. for hver klient	0	0	3 (14)	0	3 (3,5)
Bruker ikke skjema	0	0	0	26 (56,5)	26 (29,5)
Ukjent	1 (8)	1 (11)	2 (10)	6 (13)	10 (11)
I alt	13	9	21	46	89

1a) Instrumenter som registrerer opplevelse av egen tilstand, jamfør Tabell 2.

1b) Instrumenter som registrerer symptomer og/eller funksjonsnivå, jamfør Tabell 2.

Som en ser bruker en del enheter rutinemessig og systematisk instrumenter egnet til å måle endring. Hva sier undersøkelsen om hvor mange som gjør noe konkret for å finne ut hvor varig en eventuell endring i klientens psykiske helsetilstand er?

4.2.4. Bruk av instrumenter egnet til å måle endring ved avslutning av behandling og en tid etter avslutning.

I undersøkelsen spørres det etter rutiner for å hente inn informasjon fra klientene om hvordan de har opplevd eller vurdert, nytten av den behandlingen de har fått. Det spørres etter slike rutiner ved to tidspunkt. Det ene er ved avslutningen av behandlingen, og det andre er en tid etter avslutningen. Tabell 6 viser hvor stor del av enhetene som bruker instrumenter egnet til å måle endring og som gjør dette ved de to nevnte tidspunktene.

Registreringer ved ulike tidspunkt i behandlingsforløpet vises også i Tabell 3. Den tabellen har imidlertid til hensikt å presentere en registreringspraksis som kan skaffe fram mål på endring, det vil si at registreringer gjøres ved oppstart av behandlingen og ved et senere tidspunkt. I Tabell 6 er enhetene gruppert etter om de evaluerer ved avslutningen av behandlingen og/eller en tid etter avslutning. Dette fordi en ønsker å si noe om hvor mange som gjør noe konkret for å finne ut hvor varig en eventuell endring hos klienten er.

Tabell 6. Bruken av instrumenter egnet til å måle endring, ved avslutning av behandling og en tid etter avslutning

Tidsp. i behandlingsforløp for evaluering	Type instrumenter				
	1a	1b	Registrerer annet	Bruker ingen instrumenter	I alt
	N	N	N	N	N
Ved avslutning	12	2	7	12	33
Ved avslutning og en tid etter avsl.	0	4	7	3	14
En tid etter avsl.	0	1	3	0	4
Andre tidspunkt	0	2	2	0	4
Evaluerer ikke	0	0	0	24	24
Ukjent	1	0	2	7	10
I alt	13	9	21	46	89

1a) Instrumenter som registrerer opplevelse av egen tilstand, jamfør Tabell 2.

1b) Instrumenter som registrerer symptomer og/eller funksjonsnivå, jamfør Tabell 2.

Alle enhetene som registrerer klientens opplevelse av egen tilstand og som det finnes relevant data fra, gjør en måling ved slutten av behandlingen. Ved forskriftsmessig bruk av dette instrumentet vil disse enhetene både ha et mål på klientens tilstand tidlig i behandlingen og senere (se omtale av instrumentet på side 67). Ingen av disse har imidlertid rutiner for en oppfølging av klientene etter avsluttet behandling. Dette betyr at de ikke skaffer seg informasjon om hvor varig en eventuell bedring er.

Seks av de ni enhetene som registrerer symptomer og funksjonsnivå gjør en måling ved avslutningen av behandlingen. Hvis disse også har registrert klientens tilstand ved oppstart av behandlingen, vil de ha skaffet seg et mål på endring i løpet av behandlingen. Fire av enhetene som bruker denne typen instrumenter, registrerer også en tid etter avslutning. Disse utgjør en svært liten del av utvalget. Altså er det svært få som gjør målinger for å finne ut hvor varig en eventuell endring i klientens psykiske helsetilstand er.

4.3. Generelt om bruken av evaluering ved hjelp av skjema.

Til nå er hovedfokus ved denne undersøkelsen presentert, nemlig hva som gjøres for å måle endring i klientens psykiske helsetilstand. I det følgende dreier presentasjon seg om mer generelle sider ved arbeidet med å evaluere behandling innen psykisk helsevern for barn og unge. Grunnen er at undersøkelsen kaster lys over flere sider ved dette arbeidet. Den viser mer enn bare hva som gjøres for å måle resultat av behandling i form av endring i klientens psykiske helsetilstand. Selv om ikke alt evalueringsarbeide målrettet går inn for å måle endring, blir det gjort mye for å evaluere behandling. Dette er mer sporadiske målinger, enkeltprosjekt som har vært gjennomført i perioder, eller det er konkrete planer om å starte opp med evaluering av behandling. Alt dette er tatt med for å vise bredden i evalueringsarbeidet den senere tid.

Med begrepet ”generelt” menes her evaluering med flere typer instrumenter, ikke bare de som er egnet til å måle endring. Dette er instrumenter som måler kvaliteten på den terapeutiske alliansen, instrumenter som måler hvor tilfreds klienten er med ulike sider av behandlingstilbudet, samt tilfredshetsskjema som også har noen spørsmål om hvorvidt klienten har det bedre etter behandlingen og/eller hvordan relasjonen til terapeuten oppleves. I tillegg omfatter begrepet også de enhetene som har brukt skjema til å evaluere behandlingen før, og de som har konkrete planer om å begynne med slik praksis.

På dette generelle grunnlaget ser jeg på hva som gjøres for å vurdere kvaliteten på den terapeutiske alliansen, hvordan de ulike klinikktypene fordeler seg på evalueringspraksisen, samt hvor mange enheter som følger opp klientene en tid etter avsluttet behandling. Noen av

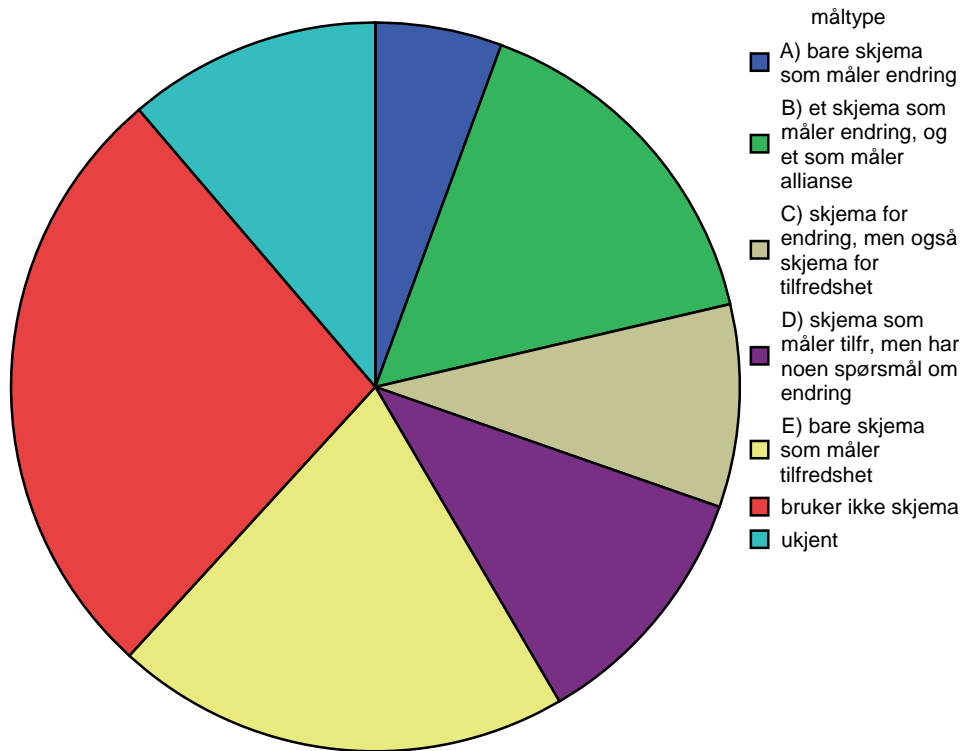
disse temaene er også med i omtalen av hva som gjøres for å måle endring i klientens psykiske helsetilstand. Størrelsesforholdene er imidlertid forskjellige på grunn av at en i det følgende tar med mer enn bare dagens praksis. Dette er gjort for å vise tendenser i arbeidet med å evaluere behandling.

4.3.1. Enhetene fordelt på de ulike typene evalueringsinstrumenter.

Undersøkelsen avdekker ulikheter mellom enhetene i bruken av skjema for å evaluere kvaliteten på den behandlingen som blir gitt. Noen nevner bruk av bare en type skjema eller sogar bare et enkelt instrument. Disse finner en i gruppe A (se side 20). Dette er skjema som registrerer symptomer og funksjonsnivå. Det vanligste er å gjøre som enhetene i gruppe C, nemlig å bruke flere instrumenter. Gjerne noen som er egnet til å måle endring på samme måte som i gruppe A sammen med et som måler tilfredshet. En annen vanlig kombinasjon av instrumenter er de to skjemaene til Duncan og Miller, ORS og SRS. Enheter med denne praksisen finner en i gruppe B.

Figur 1 viser hvordan enhetene fordeler seg på bruken av de ulike typene instrumenter når også data om hva som har blitt gjort før, samt de konkrete planene noen enheter har om fremtidig registreringsarbeid, er tatt med. De enhetene som bruker skjema egnet til å måle endring er samlet i de tre første gruppene. Sammen utgjør disse vel en fjerdepart av enhetene. Skjema som brukes av enhetene i gruppe D inneholder også noen spørsmål om opplevd endring, slik at de vil gi en viss pekepinn på hvorvidt klienten opplever endring i positiv retning eller ikke. Figur 1 viser videre at ca. en fjerdepart av enhetene ikke nevner bruk av evalueringsskjema av noe slag. Den siste gruppen består av enheter som bruker skjema av ukjent type.

**Figur 1. Enhetene fordelt på de ulike typene
evalueringsinstrumenter**



4.3.2. Vurdering av den terapeutiske alliansen ved hjelp av evalueringsskjema.

Det eneste instrumentet med spesielt fokus på den terapeutiske alliansen som er brukt av deltakerne i denne undersøkelsen, er ”Session Rating Scale” (SRS). Hvor mange enheter dette dreier seg om og hvilken type klinikker det er, vises i Tabell 7.

Tabell 7. Ulike typer måleinstrumenter/metoder fordelt på de ulike klinikktypene

Klinikktype	Ulike typer måleinstrumenter/metoder								
	A	B	C	D	E	Bare samtale	Ingen rutiner	Ukjent	I alt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N
Polikl	2 (4)	10 (17)	6 (10)	7 (12)	8 (14)	6 (10)	15 (26)	4 (7)	58
Dagenh	1 (33)	0	0	0	1 (33)	0	0	1 (33)	3
Døgn	1 (7)	1 (7)	1 (7)	2 (14)	4 (29)	1 (7)	2 (14)	2 (14)	14
Familie	1 (14)	1 (14)	0	0	3 (44)	0	0	2 (28)	7
Ambulant	0	1 (33)	0	1 (33)	0	0	0	1 (33)	3
Ukjent	0	0	1 (25)	0	2 (50)	0	1 (25)	0	4
I alt	5 (6)	13 (15)	8 (9)	10 (11)	18 (20)	7 (8)	18 (20)	10 (11)	89

A) Enheter som kun bruker instrumenter egnet til å måle endring i helsetilstanden.

B) Enheter som bruker et instrument egnet til å måle endring, men som i tillegg bruker et instrument som vurderer den terapeutiske alliansen.

C) Enheter som bruker instrumenter egnet til å måle endring, men som i tillegg bruker instrumenter egnet til å måle tilfredshet med ulike sider ved behandlingstilbudet.

D) Enheter som bruker instrumenter som måler klientens tilfredshet, men som har noen få spørsmål om opplevd endring.

E) Enheter som måler kun tilfredshet med ulike sider ved behandlingen.

”Ukjent” betyr at det ikke er opplyst om hva det aktuelle evalueringsinstrumentet måler.

17 pst. av poliklinikkene vurderer kvaliteten på den terapeutiske alliansen. Dette gjør også den ene av de tre ambulantenhetene, samt en familieenhet og en døgnenhet. Disse to utgjør en svært liten del av familie- respektive døgnenhetene.

Fire av de åtte tilfredshetsskjemaene som nevnes av deltakerne i undersøkelsen (se Tabell 2, gruppe 3 og 4), har også noen få spørsmål om forholdet til terapeuten. Slike skjemaer brukes av elleve enheter.

4.3.3. Bruken av evalueringsinstrumenter på generelt grunnlag i de ulike klinikktypene.

Alle familieenhetene og dag- og ambulantenhetene bruker instrumenter i arbeidet med å evaluere behandling (Tabell 7). I sum kan en se at 57 pst. av poliklinikkene bruker evalueringsskjema av en eller annen type, mens det samme gjelder for 64 pst. av døgnenhetene.

Når det gjelder hvilke enkeltinstrumenter de ulike klinikktypene benytter seg av, ser en at poliklinikkene har en liten overvekt på praksis med å benytte instrumentet til Duncan og Miller, det som er av typen 1a og 2 i Tabell 2, mens døgnenhetene til største delen bruker tilfredshetsskjema (Tabell 7). I de andre typene klinikker ser en ingen systematikk i valg av type evalueringsinstrumenter.

Fra Tabell 7 går det frem at brukertilfredshet er det som oftest blir målt, 40 pst (C, D og E). Halvparten av disse måler sogar bare tilfredshet (Tabell 7, E), mens instrumentet til Duncan og Miller nevnes av 15 pst. av enhetene.

Ca. en tredel av poliklinikkene og familieenhetene nevner bruk av en type skjema som er egnet til å måle endring. Men som en ser i avsnittet som omhandler spesifikt dette fenomenet (se side 24), er det veldig få som gjør dette på en måte som virkelig skaffer frem mål på endring. Mye blir gjort, men hvor stor er nytteverdien? En ytterligere spesifisering av hvor mye som blir gjort får en ved å se nærmere på hvor systematisk evaluering av behandling er innad i de enkelte enhetene.

4.3.4. Systematikk når det gjelder bruken av de ulike typene instrumenter generelt.

Fire av de fem enhetene som kun nevner bruk av skjema egnet til å måle endring, gjør dette for alle klientene. Det mest vanlige også blant de som benytter seg av flere typer skjema, det vil si skjema egnet til å måle endring-, allianse- og/eller tilfredshet, er å gjøre målinger for alle klientene. Over halvparten gjør dette. Flere enheter nevner at enkelte terapeuter ved enheten har begynt å bruke evalueringsinstrumenter.

Det ser ut som at de enhetene som gjør bruk av skjema egnet til å måle endring eller av flere typer skjema, gjør dette mer systematisk enn de som måler kun tilfredshet. Det å måle kun tilfredshet er ofte brukt som et enkelt prosjekt. Dette gjelder nesten halvparten av enhetene i denne gruppen.

4.3.5. Generelt om evaluering av behandling, ved avslutning og/eller en tid etter avslutning av behandling.

De som deltar i undersøkelsen blir spurt om eventuelle rutiner ved avslutningen av behandlingen og/eller en tid etter avslutning, for å hente inn informasjon fra klientene om hvordan de har opplevd eller vurdert nytten av den behandlingen de har fått. Tabell 8 viser hvordan bruken av de ulike typene målemetoder fordeler seg på ulike tidspunkt i behandlingsforløpet. Alle evalueringer er mest vanlig benyttet ved avslutning av behandling. Når det gjelder en eller annen form for oppfølging av klientene en tid etter at behandlingen er avsluttet, er det bare 18 enheter som har eller har hatt slike rutiner.

Tabell 8. Bruken generelt av de ulike typene instrumenter ved avslutning av behandling og en tid etter avslutning

Tidsp. i behandlings- forløp for evaluering	Ulike typer målemetoder/instrumenter							
	A	B og C	D	E	Bare samtale	Ingen rutiner	Ukjent	I alt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ved avslutning	0	12 (57)	6 (60)	4 (22)	7 (100)	0	3 (30)	32 (35)
Ved avslutning og en tid etter avsl.	2 (40)	5 (23)	4 (40)	2 (11)	0	0	1 (10)	14 (16)
En tid etter avsl.	1 (20)	0	0	3 (17)	0	0	0	4 (5)
Andre tidspunkt	2 (40)	2 (10)	0	2 (11)	0	0	0	6 (7)
Evaluerer ikke	0	0	0	0	0	18 (100)	5 (50)	23 (26)
Ukjent	0	2 (10)	0	7 (39)	0	0	1 (10)	10 (11)
I alt	5	21	10	18	7	18	10	89

- A) Enheter som kun bruker instrumenter egnet til å måle endring i helsetilstanden.
- B) Enheter som bruker et instrument egnet til å måle endring, men som i tillegg bruker et instrument som vurderer den terapeutiske alliansen.
- C) Enheter som bruker instrumenter egnet til å måle endring, men som i tillegg bruker instrumenter egnet til å måle tilfredshet med ulike sider ved behandlingstilbudet.
- D) Enheter som bruker instrumenter som måler klientens tilfredshet, men som har noen få spørsmål om opplevd endring.
- E) Enheter som måler kun tilfredshet med ulike sider ved behandlingen.

”Ukjent” betyr at det ikke er opplyst om hva det aktuelle evalueringsinstrumentet måler.

4.4. Terapeuten og/eller klienten fyller ut skjema.

Det forekommer ulik praksis når det gjelder hvem som fyller ut skjema for evaluering av behandling. Dette kommer av egenskaper ved det enkelte skjema som brukes. Terapeuten kan fylle ut evalueringsskjema, eller klienten kan gjøre det. Det forekommer også at terapeuten og klienten gjør dette sammen. Det kan for eksempel skje ved at de to samarbeider om å fylle ut, eller ved at terapeuten intervjuer klienten. Klienten kan være en ungdom som svarer for seg selv. Er klienten under 12 år, svarer ofte foreldre/foresatte på vegne av barnet. Hvordan fordeler terapeuter og klienter seg, når det gjelder hvem som fyller ut skjema for evaluering av behandling?

Tabell 9. Den som fyller ut skjema, terapeuten og/eller klienten

Hvem fyller ut skjema	Ulike typer måleinstrument						
	A	B og C	D	E	Ikke skjema	Ukjent	I alt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Klient	4 (80)	17 (81)	7 (70)	12 (67)	0	1 (10)	41 (46)
Terapeut og klient	0	4 (19)	3 (30)	1 (5)	0	0	8 (9)
Terapeut	1 (20)	0	0	0	0	0	1 (1)
Bruker ikke skjema	0	0	0	0	25 (100)	6 (60)	31 (35)
Ukjent	0	0	0	5 (28)	0	3 (30)	8 (9)
I alt	5	21	10	18	25	10	89

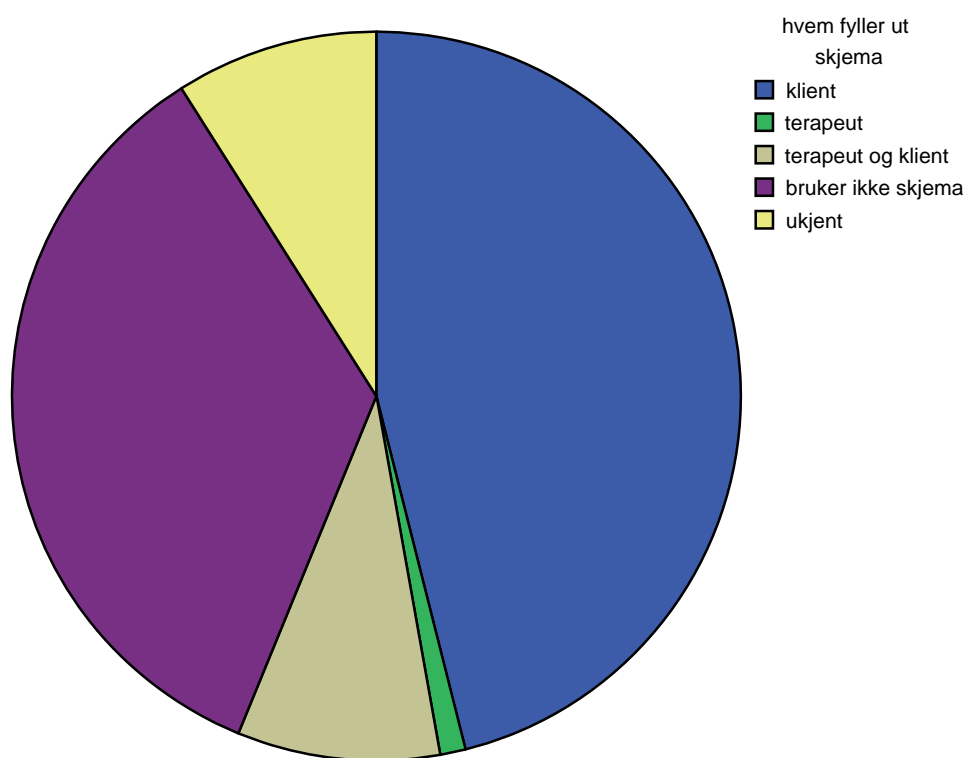
- A) Enheter som kun bruker instrumenter egnet til å måle endring i helsetilstanden.
- B) Enheter som bruker et instrument egnet til å måle endring, men som i tillegg bruker et instrument som vurderer den terapeutiske alliansen.
- C) Enheter som bruker instrumenter egnet til å måle endring, men som i tillegg bruker instrumenter egnet til å måle tilfredshet med ulike sider ved behandlingstilbudet.
- D) Enheter som bruker instrumenter som måler klientens tilfredshet, men som har noen få spørsmål om opplevd endring.
- E) Enheter som måler kun tilfredshet med ulike sider ved behandlingen.

”Ukjent” betyr at det ikke er opplyst om hva det aktuelle evalueringsinstrumentet måler.

I Tabell 9 er enhetene som evaluerer kun via samtale plassert sammen med dem som ikke har noen rutiner når det gjelder evaluering av behandling. Dette kommer av at denne tabellen viser hvem som fyller ut evalueringsskjema. Her er evaluering via samtale urelevant i motsetning til i Tabell 8.

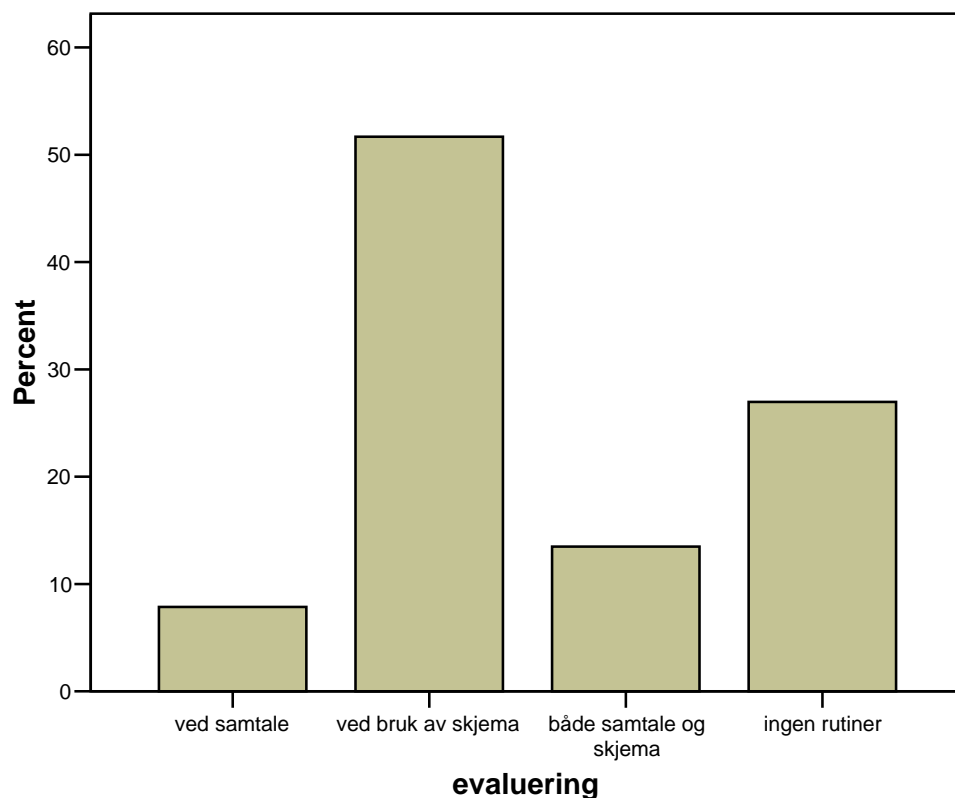
Klienten er delaktig i utfyllingen av skjema i nesten alle tilfellene (Tabell 9). Unntaket er en enhet som bruker et klinikerskåret skjema og fem enheter der den som fyller ut skjema er ukjent. Disse fem nevner bruk av skjema som måler tilfredshet, mens det klinikerskårede skjemaet måler endring. I tillegg kommer tre enheter som ikke oppgir hva det aktuelle skjema måler, eller hvem som fyller det ut. Fordelingen av enhetene etter hvem som registrerer vises i Figur 2.

Figur 2. Den som fyller ut skjema, terapeuten og/eller klienten



4.5. Evaluering via samtale

Figur 3. Evaluering via samtale og/eller skjema



Figur 3 viser at ca. tre fjerdedeler av utvalget har rutiner for evaluering av behandling. Disse tallene er høye sammenlignet med de i Tabell 3, som viser at kun 48 pst. evaluerer behandling ved hjelp av instrumenter (se side 24). Forskjellen forklares delvis av at også evaluering via samtale er tatt med. Hver femte enhet nevner bruk av samtale som evalueringsmetode. En viktig årsak til de høye tallene er at Figur 3 bygger på et generelt grunnlag. Det vil si at også tidligere evalueringsprosjekter og konkrete planer om fremtidig praksis er tatt med. Tabell 7 viser hvor vanlig det er å bruke kun samtale som evalueringsmetode i de ulike klinikktypene. Poliklinikkene og døgnenhetene er de eneste klinikktypene som benytter seg av rutinemessige evalueringssamtaler med klientene. 10 pst. av poliklinikkene evaluerer kun gjennom samtale. Dette gjør også en nesten like stor del av døgnenhetene. Samtale blir brukt som metode for å evaluere behandlingen i ytterligere en femtedel av disse typene enheter, da i tillegg til skjema.

Flere av enhetene nevner at de evaluerer via en oppsummeringssamtale ved avslutningen av behandlingen. Tabell 8 viser at alle som kun bruker samtale som evalueringsmetode, evaluerer i en avslutningssamtale. Flere bruker samtale i tillegg til skjema (Figur 3). Hvor vanlig er det i en slik samtale, å spørre om klienten har opplevd endring i sin psykiske helsetilstand?

4.5.1. Er opplevd endring et tema i evalueringssamtalen?

Evaluering via samtale foregår vanligvis ved avslutningen av behandlingen. Dette gjelder for halvparten av de 19 enhetene som nevner slik evaluering. Sett i forhold til hele utvalget utgjør disse kun ca. 10 pst. I undersøkelsen spørres det som nevnt tidligere, etter eventuelle rutiner for å hente inn informasjon fra klientene om hvordan de har opplevd, eller vurdert nytten av den behandlingen de har fått. En tenker her på nytten i form av endring i positiv retning. Men bare to enheter oppgir eksplisitt at effekt av behandlingen er et tema i evalueringssamtalen. Flere snakker med klienten underveis i behandlingen, om dette tema. De har samtaler rundt selve behandlingens progresjon. En enhet nevner løpende samtaler omkring behandlingstilbudet og effekt, mens en annen skriver at de drar på hjemmebesøk etter et år og hører om hvordan det går. "Oppsummering", er et ord som går igjen i kommentarene.

Hos noen er nytten av behandlingen et tema i hver avslutningssamtale, mens andre ikke er like systematisk opptatt av å spørre klienten om dette.

Hva sier undersøkelsen om praksisen med å måle resultat av behandling innen psykisk helsevern for barn og ungdom per i dag, sammenlignet med hva som ble gjort tidligere og med tanke på fremtiden?

4.6. Evaluering av behandling før, nå og fremover.

Ved det tidspunkt undersøkelsen ble gjennomført, praktiserte nesten halvparten av enhetene evaluering av ulike sider ved behandlingen med skjema (42 stk. av en total på 89). Tar en med de ni enhetene som sier de har planer om å innføre slik praksis, blir andelen 57 pst. Noen av disse var i gang med å utarbeide evalueringsskjema og andre hadde konkrete planer om å starte opp evaluering høsten 2007. Hver tiende enhet har brukt evalueringsskjema før, oftest som del av et forskningsprosjekt.

Det kan synes som om det blir mer vanlig å måle endring og allianse, mens det å måle kun tilfredshet var mer brukt før.

Hva brukes den innsamlede informasjonen til?

4.7. Bruksområde for den innsamlede informasjonen.

På spørreskjemaet var det listet opp noen eksempler på hva en kunne bruke den innsamlede informasjonen til. En kunne også komme med egne forslag.

Mange benyttet seg av de ferdige svaralternativene. 75 pst. som ytret meninger om hva informasjonen ble brukt til, krysset av for ”For å gi retning til den videre kontakt med klienten”. Andre kom med egne kommentarer som gikk på kontakten med den enkelte klient. Noen nevner spesielt at de ønsker å få en tilbakemelding om pasientens (ungdommens) og foresattes erfaringer med BUP. Denne typen informasjon brukes av noen som hjelp til pasienten/familien for å integrere pasientens/familiens problem i livshistorien, for å øke forståelsen av problemene eller for å få viten fra pasienten/familien om hva som har vært til hjelp. Andre skriver at informasjonen er med på å øke terapeutens forståelse for pasientens situasjon. Uten å utdype utsagnet, hevder enkelte at informasjonen brukes til bevisstgjøring av terapeuten med henblikk på etiske aspekt.

Også alternativet ”I arbeidet med å forbedre terapimetoder” ble valgt av 75 pst. av enhetene. Flere av dem som gir egne kommentarer, er også opptatt av forbedring. De skriver om forbedring, ikke bare av selve behandlingen, men også administreringen av kontakten – måten en møter klienten på og så videre. Det går fram av svarene at en er opptatt av å lære av klientene, lære for å bli bedre på det en gjør, lære for å gjøre en bedre jobb. De ønsker kunnskap om hva som fungerer og om hva som ikke fungerer. En enhet brukte informasjonen til forskning.

Ca. ti prosent valgte svaralternativet ”I poliklinikkens statistikk/årsrapport”. Det kom en kommentar som gikk på at informasjonen ble brukt som begrunnelse for kostnader ved behandling.

En enhet mener at informasjonen kan brukes i sammenligning av tilbud til ulike diagnosegrupper ved ulike poliklinikker. En annen enhet formidler erfaring med brukerundersøkelser. Disse har ført til økte aktivitetstall og et noe skjerpet fokus hos terapeutene på å gi informasjon til foreldre. Hos noen evalueres resultat av behandling i forhold til behandlingsplan. En krysset av for ”Brukes ikke til noe spesielt”.

5. DISKUSJON

5.1. Hva undersøkelsen handler om

Denne undersøkelsen ser på evaluering av behandling innen psykisk helsevern for barn og ungdom i Norge. Hovedfokus er på måling av klientens egen vurdering av behandlingsresultat. Informasjon om praksis i de ulike behandlingsenhetene når det gjelder å registrere hvordan klientene har opplevd eller vurdert, nytten av den behandlingen de har fått, er samlet inn. Både det som har vært gjort før, nåværende praksis og konkrete planer for den nærmeste fremtid er tatt med.

5.2. Viktigste funn.

Undersøkelsen viser at på det nåværende tidspunkt måler svært få enheter endring i klientens psykiske helsetilstand. Det vil si at de svært få gjør to målinger med egnet instrument. Av de enhetene som bruker samtale som evalueringsmetode, er det kun et par stykker som oppgir at de spør eksplisitt etter klientens opplevelse av endring i helsetilstanden. Vel halvparten av enhetene evaluerer ikke behandlingen ved hjelp av skjema per i dag. Antallet som ikke evaluerer behandling blir noe lavere dersom også det som har vært gjort før og de konkrete planene som finnes for den nærmeste fremtiden tas med. Videre er det svært få enheter som vurderer kvaliteten på den terapeutiske alliansen. Det er likeså svært få som registrerer klientens psykiske tilstand en tid etter avsluttet behandling for å se hvor varig en eventuell bedring er. Dette er nedslående resultat. Positivt er det imidlertid at brukerens stilling synes å være sterk i evalueringen av behandlingen. Et overveldende flertall av enhetene registrerer klientens opplevelse. Bare en enhet benytter seg kun av et evalueringsinstrument som skåres av terapeuten. Tendensen fremover er også positiv. Likeså er det bra at mange evaluerer alle klientene.

Undersøkelsen viser videre at mye tid og ressurser brukes på evalueringsarbeid som ikke er rettet mot å skaffe frem mål på endring i klientens psykiske helsetilstand. Praksisen virker tilfeldig og lite målrettet.

5.2.1 Hvorfor benyttes evaluering av behandling i forholdsvis liten utstrekning?

Hva kan grunnen være til at så få måler resultat av behandling på en systematisk måte, samtidig som mer sporadisk måling av tilfredshet er mer vanlig? Det forutsettes at klient og terapeut blir enige om mål for terapien. Det er også sannsynlig at vurderinger gjøres av i hvilken grad målet er oppnådd ved avslutningen av behandlingen. Dette kan skje i de ordinære terapeutiske samtaler. På denne måten får både klient og terapeut et inntrykk av resultatet av behandlingen uten at det gjøres spesifikke målinger av nettopp dette. Men viser slik praksis at det er et sterkt nok fokus på resultatet av behandlingen som forskning hevder er nødvendig for å oppnå optimale resultat? Ikke en gang i avslutningssamtaler ser det ut til at fokus er rettet mot oppnådd effekt av behandlingen.

Kanskje kan det ikke forventes mer på det nåværende tidspunkt når det gjelder fokus i behandlingsapparatet på resultat av behandling. Ting tar tid. Forskning som påviser viktigheten av å måle resultat er av forholdsvis ny dato. Et sterkere fokus på resultat krever at nye rutiner innføres i et stort system med mange aktører på ulike nivå. Opptappingsplanen, der kvalitetsvurdering omtales, forventes gjennomført 2008. Det er derfor urealistisk å forvente at alle rutiner var på plass når undersøkelsen blei gjennomført.

Myndighetene stiller krav til produksjonen i klinikkene samtidig som de ressurser som blir stilt til rådighet, er begrenset. Barn og familier med alvorlige problemer har krav på hjelp innen kort tid. Klienter med mindre alvorlige problemer venter lenge på å få hjelp. Dette er noe av det som gjør den terapeutiske hverdagen travel. Kravene fra myndighetene om å evaluere resultatet av behandlingen kan derfor lett oppleves som en ekstra belastning.

De som arbeider innen psykisk helsevern for barn og ungdom i Norge opplever et stort arbeidspress. Dette kom tydelig frem i kontakten jeg hadde i forbindelse med undersøkelsen, med lederne for flere klinikker. Det satses mer penger på dette feltet nå enn før, men allikevel vil det kanskje alltid være behov for mer ressurser til behandlingen av barn, ungdom og/eller familier som trenger hjelp for psykiskrelaterte problemer. I det minste vil det være et ønske om at hjelpen kunne gis til alle, umiddelbart når behovet er der.

Med begrensede ressurser, er det viktig at de brukes på en best mulig måte. En god måte vil være å evaluere behandlingen i hver terapitime slik at klientens utvikling kan følges nøye. På denne måten kan nødvendige justeringer gjøres underveis.

Evaluering av behandling med instrumenter vil nødvendigvis være tidkrevende. I de tilfellene der instrumenter, som er spesiallaget for bruk i det daglige klientarbeidet brukes, foregår bruken i terapitimen. Utfyllingen av skjema tar kort tid og den er å betrakte som en del av terapiprosessen. Tiden som brukes på dette, trenger derfor ikke oppleves som dårlig

utnyttet. Andre skjema har flere spørsmål og tar lengre tid å fylle ut. Disse blir ofte levert til klienten, som så fyller dem ut hjemme. Terapeuten må imidlertid bruke tid på å gjennomgå svarene og skåre skjemaene. Hvis informasjonen som kommer fra slike evalueringer oppleves som nyttig av terapeuten, vil tidsbruken være lettere å akseptere.

Noe av grunnen til at ikke flere terapeuter evaluerer resultat i dag kan være et uoversiktlig og mangelfullt tilbud av instrumenter, som det er tidkrevende å sette seg inn i. Det kan også tenkes, noe som ble vist i undersøkelsen at en ikke synes de instrumentene som finnes er gode nok, slik at en må lage instrumenter selv. Kanskje passer ikke instrumentene til bruken., eller så måler de ikke det som vurderes som viktig når det gjelder kvalitet på terapi.

Det er grunn til å tro at færre klienter ville komme til behandling gjentatte ganger, hvis det ble brukt gode metoder for å evaluere endringsprosesser på det som er grunnleggende og relevant for den psykiske helsen til den enkelte klienten. Ved å bruke slike instrumenter ved oppstart og avslutning av behandling vil terapeuten få mål på klientens utvikling på disse områdene i løpet av behandlingen. Resultatet vil også være et godt grunnlag for å vurdere hvorvidt videre behandling er nødvendig. Noen klienter har fordeler av lengre behandlinger. Det viktigste må være å bruke de ressursene som trengs for at klienten skal bli i stand til å nå sitt potensiale når det gjelder psykisk helsetilstand. På denne måten kan han/ho fungere godt i samfunnet og oppnå en god livskvalitet. Med knappe ressurser blir det imidlertid vanskelige valg som må tas i forhold til hvem som skal få hjelp, hvilken type hjelp og hvor lenge skal behandlingen vare.

Evalueringsinstrumenter som går dypere enn å registrere symptomer og funksjonsnivå, det vil si som tapper for eksempel sider ved dysfunksjonelle sosiale system klienten lever i, eller maladaptive adferdsmønster ville kanskje være mer nyttige å bruke. Disse kunne for eksempel tappe i hvilken grad de "verktøy" klienten har fått i terapien, har ført til endringer i klientens handlingsmønster, attribusjoner, måten klienten tenker på seg selv og andre på, samt strategier for å mestre sterke følelser som angst og sinne. Ved å bruke denne typen instrumenter ved oppstart av behandlingen, ved avslutning og en tid etter avslutning ville en som terapeut kanskje ha et bredere grunnlag for å bedømme klientens muligheter for en god psykisk helse. Noen instrumenter som brukes i dag, tapper visse av disse områdene men kanskje ikke på en god nok måte. I tillegg blir de ikke brukt systematisk nok.

Innføring av nye rutiner krever mye av systemet og ikke minst av den enkelte terapeut. På bakgrunn av det store arbeidspresset, er det derfor forståelig at det tar tid før alle terapeuter innen psykisk helsevern for barn og unge måler resultat av behandling rutinemessig.

Den største grunnen er kanskje allikevel at terapeuter ennå ikke fullt ut forstår viktigheten av å ha evalueringsrutiner. De føler derfor ennå ikke en sterk nok motivasjon til å innføre disse i sin daglige praksis. Terapeuter har gjerne lang og positiv erfaring med de metoder de bruker i dag. Kanskje må de få anledning til selv å oppleve virkningen av disse nye metodene for evaluering av behandling. Kanskje vil det kunne motivere dem til den innsatsen som kreves for å ta i bruk nye rutiner.

I flere behandlingsenheter har enkelte terapeuter begynt å måle resultat av behandling. Hvis disse har positiv erfaring med praksisen, kan det virke inspirerende på andre.

5.2.2 Hva er det som måles?

God kvalitet på behandling betyr for brukere av helsetjenester bland annet en størst mulig endring av helsetilstanden, i positiv retning. Denne endringen bør være vedvarende. Derfor bør hjelpeapparatet benytte prosedyrer som er endringsfremmende. En slik prosedyre er det å registrere endring hos klienten. Ny kunnskap fra behandlingsforskning viser hvor viktig det er for det endelige resultatet, at klienten opplever endring tidlig i behandlingsforløpet (Brown et al., 1999). Dette er særlig viktig for klienter som er lite motivert for å delta i terapi, som har liten tro på behandlingen og som har økt risiko for å slutte for tidlig (Tuseth, 2007). Tydelige tilbakemeldinger til klienten tidlig i terapien om at han/ho gjør fremskritt motiverer og inspirerer klienten til videre innsats i den krevende prosessen psykoterapi ofte er.

Instrumentet til Duncan og Miller, "Outcome Rating Scale" (ORS), egner seg svært godt til dette formålet. Bruken av instrumentet innebærer at klienten i hver terapitime vurderer sin aktuelle tilstand på fire område, personlig, mellommenneskelig, sosialt og generelt. Gjennom slik fokusering øker klientens bevissthet om hvordan han/ho fungerer på viktige område. Små fremskritt, som kanskje ellers ville blitt oversett, får oppmerksomhet slik at de kan tjene som grunnlag for videre samtaler og tiltak. Det samme gjelder for stagnasjon og tilbakeskritt.

Instrumentet er enkelt å forklare for klienten og raskt å fylle ut. Det integreres i terapiarbeidet og stjeler på den måten ikke noe av den verdifulle tiden terapeut og klient har sammen. Bruken av denne skalaen er derfor kostnadseffektiv av flere grunner. Implementeringen tar kort tid og en oppnår større effektivitet. Dette fører til at en kan korte ned behandlingstiden.

Det er utfordrende for terapeuter å ta i bruk nye terapimetoder og å innføre nye rutiner i arbeidet. Samtlige terapeuter som bruker skalaene til Duncan og Miller, gir imidlertid uttrykk for positive erfaringer (Tuseth et al., 2006). Til tross for dette er det altfor få enheter som per dags dato benytter dette instrumentet rutinemessig og systematisk.

Noe av grunnen til at ikke flere har tatt i bruk evaluering av behandling, kan være at terapeuter ikke synes dagens instrumenter er gode nok. For eksempel gir de kanskje ikke mål på det som er av betydning når det gjelder å gjenvinne og opprettholde en god psykisk helse. Tidlig endring predikerer resultater i terapi. Dette skulle tilsi at en eventuell endring klienten opplever, burde måles. Endring i hva? Hvis en måler klientens symptomer ved oppstart av behandling og ved avslutning får en et mål på en eventuell symptomreduksjon. Annet som kan måles, er hvordan klienten har hatt det med seg selv, med andre, sosialt og generelt siden forrige terapitime. Dette gir et mer nyansert mål på endring. Denne typen målinger er tilpasset den enkelte klient. De sidene ved seg selv og sitt liv klienten er opptatt av, blir registrert. Endringen i tilstanden fra møte til møte kan måles. Hva annet kan måles som ville representere mål på resultat av behandling? Dette diskuteres nærmere ovenfor i forbindelse med diskusjonen om hva som gjør at ikke alle terapeuter ennå måler resultat av behandling.

Kontekstuelle faktorer i det terapeutiske arbeidet er viktige. Slike faktorer er blant annet det tillitsfulle forholdet klient og terapeut inngår i, den terapeutiske alliansen. Det er viktig å vurdere kvaliteten på den terapeutiske alliansen, siden den er avgjørende for at metoder og teknikker skal være virksomme (Wampold, 2001).

Det finnes flere instrumenter som er egnet til vurderinger av den terapeutiske alliansen. Deltakerne i denne undersøkelsen bruker kun et evalueringsskjema som tapper viktige faktorer for dette formålet. Dette er skalaen til Duncan og Miller, "Session Rating Scale" (SRS). Det finnes videre tilfredshetsskjemaer som har noen spørsmål om forholdet til terapeuten. Disse brukes av enkelte av deltakerne. Den største forskjellen mellom disse skjemaene og SRS er i måten de brukes på. Tilfredshetsskjemaene fylles vanligvis ut ved avslutningen av behandlingen. Det har begrenset nytte for klienten å formidle sitt syn på forholdet til terapeuten når behandlingen er avsluttet. En positiv tilbakemelding kan styrke selvfølelsen til terapeuten, uten at det kommer klienten til gode. Det har imidlertid begrenset verdi også av den grunn at det er viktig for en terapeut å kunne forholde seg differensiert til hver enkelt klient (Henriksen & Ulvestad, 2007). Det å ha oppnådd en god allianse med en klient, trenger nødvendigvis ikke bety at det samme vil skje med neste.

Her har skalaen til Duncan og Miller, SRS, et fortrinn. SRS fylles ut i hver terapitime. På denne måten blir fokus satt på relasjonen ved hvert møte. Terapeuten får fortløpende informasjon om hva klienten synes om relasjonen. Dette gir mulighet til justeringer underveis. Ellers har SRS den samme styrken som nevnes i omtalen av ORS. En svakhet ved SRS er imidlertid risikoen for at klienten ikke alltid er helt sannferdig i sin vurdering av den terapeutiske alliansen. Klienten har lett for å overdrive i retning av for positiv vurdering.

Dette må terapeuten ta høyde for. I likhet med ORS er det i dag altfor få enheter som bruker dette instrumentet.

5.2.3 Å måle varighet av en eventuell bedring.

Forskning viser at bedring hos de fleste klienter er relativt varig (Lambert, 1992). En kan imidlertid ikke bare gå ut i fra at slik er det for enhver klient. En må skaffe seg visshet gjennom å foreta målinger. Til denne type målinger egner seg bland annet instrumenter som registrerer symptomer og funksjonsnivå. Eksempler på slike er som nevnt SDQ, ASEBA, HoNOSCA og CGAS, og disse er i bruk i feltet i Norge. For å få et reelt mål på varig endring må en registrering gjøres ved avslutningen av behandlingen. En tid etter avsluttet behandling må det gjøres en ny registrering med det samme instrumentet, slik at en kan sammenligne tilstanden ved disse to tidspunktene, og på denne måten få en tilbakemelding på om behandlingen har vært tilstrekkelig og god nok. Det anbefales å registrere også ved oppstart av behandling. En sammenligning mellom tilstanden ved denne målingen og tilstanden ved avslutningen forteller hvorvidt det har skjedd en endring som følge av terapien. Slike endringer skjer ofte tidlig i behandlingsforløpet. Betyr en tidlig bedring at behandlingen har vært vellykket og kan avsluttes? Hva med å ha vedvarende, positive virkninger av terapi som mål på god behandling? Faren ved denne typen målinger er at behandlingen avsluttes for tidlig, før en har kommet i dybden når det gjelder underliggende temaer, slik som for eksempel dårlig selvilde, negative tanker, uhensiktsmessige mestringsstrategier, samt maladaptiv tenkning rundt egne og andres handlinger. Når lidelsestrykket igjen øker, kan det bli skjebnesvangert for en person, som opplever å ha fått ta del i det behandlingstilbudet som finnes, uten å ha lært å mestre utfordringene i livet sitt. På denne bakgrunn er det nedslående å se at så få enheter har en rutinemessig oppfølging av sine klienter.

Svært få spør om endring i avslutningssamtalen. Hva er hensikten med denne samtalen? I møte med klienten er det viktig å skape et godt inntrykk av behandlingsapparatet. Klienten kan få behov for hjelp også senere i livet. Da er det sær viktig, i visse tilfelle kan det sogar være livsviktig at han/hun er klar over at tilbudet finnes og har en positiv erfaring fra tidligere behandlingsopplegg. Det er av betydning ved avslutning av behandling å gjøre det klart at klienten har tilbud om å komme igjen hvis problemene blir uhåndterlige og plagene store. Dette er svært viktige moment fra klientens perspektiv i forhold til kvalitet på behandling.

5.2.4 Klientens vurdering registreres.

Klienten har fått større innflytelse på egen behandling i de senere år. I dag har mange terapeuter den holdningen at klienten er ekspert på sitt eget liv (Henriksen & Ulvestad, 2007). Når det gjelder vurdering av resultat av behandling er det derfor naturlig at en registrerer klientens oppfatning av resultatet. Det viser seg nemlig at det kan være lite samsvar mellom klientens vurdering og terapeutens (Hannan et al., 2005). Ingen kjenner klienten bedre enn klienten selv. Ingen vet dermed bedre hvordan klienten har det enn han/henne selv, mens fagpersonen kan mye om de faglige temaene. Det er bra at nesten alle enheter som evaluerer behandling registrerer klientens vurdering.

5.2.5 Systematikken i evalueringsarbeidet, samt tendensen fremover.

De førstnevnte instrumentene brukes mer systematisk enn de andre. Dette kan være en følge av at den første praksisen er av nyere dato. Samtidig med innføringen av disse, ble det også vanligere med mer systematisk evaluering.

Det ser ut som om det blir mer vanlig å bruke instrumenter som er egnet til å måle endring. Dette kan tyde på at behandlingsresultat er mer i fokus.

5.3. Hvordan er mine funn i sammenligning med andre studie?

Det har, så vidt jeg vet, ikke tidligere vært laget en oversikt over praksisen med å måle resultat av behandling innen psykisk helsevern for barn og unge i Norge. En tidligere undersøkelse har sett på, hva feltet synes om å ta i bruk evalueringsinstrumentet til Duncan og Miller, ORS og SRS, i det daglige arbeidet med klienter (Tuseth et al., 2006). Denne undersøkelsen hadde ikke til hensikt å lage noen oversikt over bruken. Inntrykket den ga av i hvor stort omfang behandling evalueres stemmer imidlertid med det min studie viser (Tuseth, 2007). Andre undersøkelser fra utlandet har funnet at det å få systematiske tilbakemeldinger fra klientene underveis i behandlingen har påvirket behandlingsresultatet. (Lambert et al., 2002; Lambert et al., 2003; Whipple et al., 2003; Miller et al., in press).

5.4. Styrke og begrensninger.

5.4.1. Undersøkelsens styrke

Undersøkelsen omhandler et viktig tema. Det råder stor forvirring i feltet når det gjelder hvilken fremgangsmåte som skal velges for å tilgodese myndighetenes krav om å måle resultat av behandling. Hvilke evalueringsinstrumenter skal brukes? Når tid i behandlingsforløpet skal en målingene gjøres? Hva skal dette være godt for? Er dette noe det

er verdt å bruke tid og ressurser på? Burde en ikke bruke tiden på noe som kommer klienten mer til gode? Spørsmålene er mange og svarene få. Denne undersøkelsen gir et bidrag til å rydde litt opp i forvirringen.

Originaliteten er en styrke. Dette er, så vidt jeg vet, det første forsøket på en kartlegging av hva som gjøres for å måle resultat av behandling innen psykisk helsevern for barn og ungdom i Norge. Det er derfor gjort en del pionerarbeid som andre kan dra nytte av ved senere undersøkelser. Blant annet er det laget lister over tilnærmet alle enheter som virker innenfor dette feltet i Norge. Arbeidet med undersøkelsen har gitt en del erfaring som kan komme andre til gode. Det er laget en oversikt over de mest brukte evalueringsinstrumentene innenfor feltet, instrumenter som brukes i kvalitetsvurderingen av behandlingen. Det er også laget en kort beskrivelse av flere av disse instrumentene.

En styrke ved undersøkelsen er også den høye svarprosenten. Likeså, at tilnærmet alle enheter som arbeider innen psykisk helse for barn og ungdom i Norge, ble forsøkt kontaktet. Det ble lagt ner et stort arbeid i å kontakte alle som ikke svarte innen fristen, for å få inn flest mulig svar. Videre er det lagt ner mye arbeid i å systematisere data.

5.4.2. Undersøkelsens begrensninger

Det var vanskelig å få oversikt over enheter i feltet. Ikke alle hjemmesidene til helseforetakene er oppdaterte, og heller ikke alle svarte på direkte henvendelse med forespørsel om full oppdatering. Oppdaterte lister med navn på leder for enheter på samme nivå i systemet, hadde vært ønskelig. Ved måten undersøkelsen ble gjennomført på, med henvendelser uten navn på leder, risikerte en at brev ikke kom fram til rette vedkommende. Dette kan ha gått ut over svarprosenten. Sikkert er, at det førte til en del ekstra arbeid med purringer, samt gjorde det vanskelig å skaffe seg oversikt. Et eksempel på dette er at det ble sendt purring til en underavdeling samtidig som det kom svar fra ledelsen høyere opp i systemet. I dette tilfellet ble svaret fra underavdelingen slått sammen med de andre underavdelingene av samme type i systemet, siden alle hadde samme praksis.

Noe som også gjorde det vanskelig å få oversikt, var svar uten navn på avsender. Dette problemet kunne vært unngått ved å merke spørreskjemaene på en måte, som gjorde det lett å kople det enkelte svar til et navn på listen over enheter. Slik merking ville også vært nyttig i de tilfellene, der det av ulike grunner var vanskelig å finne ut hvem det enkelte svaret var fra. Dette gjaldt for eksempel der enheter hadde fått nytt navn.

Videre skaper måten spørsmålene er utformet på, begrensninger for undersøkelsen. Dette kan ha ført til underrapportering og tap av verdifull informasjon. Noen enheter nevner, at de

bruker samtale som evalueringsmetode. Evaluering via samtale nevnes ikke eksplisitt i spørreskjemaet. I stedet blir det stilt et åpent spørsmål om hvorvidt en ved enheten har rutiner for å hente inn informasjon fra klientene om hvordan de har opplevd eller vurdert, nytten av den behandlingen de har fått, se Vedlegg 2. Det kan tenkes, at flere bruker samtale enn de som nevner dette. Når det gjelder bruk av eventuelle skjema, blir dette spurt om eksplisitt. Andre grunner til at eventuell evaluering via samtale kanskje ikke blir nevnt er, at det spørres etter ”rutiner for systematisk innsamling”. Denne formuleringen kan ha ført til underrapportering av mer usystematisk, ustrukturert innsamling, slik som gjennom samtale.

I undersøkelsen har en valgt å konsentrere seg om praksis ved to tidspunkt i behandlingsforløpet, ved avslutningen og en tid etter avslutningen av behandlingen. En kunne også ha spurt om, hva som gjøres av evaluering underveis i behandlingen, da denne fremgangsmåten er viktig for å øke kvaliteten på behandling. Noen enheter svarer at de evaluerer underveis, til tross for at dette ikke blir spurt om eksplisitt. Andre har kanskje også denne praksisen, uten at de fant det relevant å nevne dette i denne undersøkelsen.

Videre har undersøkelsen begrensninger når det gjelder troverdigheten til tallene, for hvor mange som måler reell endring. En kan stille spørsmål ved, om det blir gjort tilstrekkelig klart i følgebrev og spørreskjema, at en spør etter en fremgangsmåte som skaffer frem mål på reell endring hos klienten. Er spørsmålene presise nok til at alle som svarer på dem oppfatter dem på samme måte? Noen forteller at de registrerer klientens tilfredshet med behandlingen. Andre nevner at de skaffer mål på symptom og funksjonsnivå. Også her kan en risikere underrapportering.

I undersøkelsen spørres det heller ikke etter hva som gjøres ved oppstart. Mange gjør kanskje registreringer på det tidspunktet, og får på denne måten mål på endring i klientens psykiske tilstand, uten at de nevner det.

Ytterligere en begrensning ved undersøkelsen er at utvalget er skjevt fordelt på de ulike klinikktypene. Det består av mange poliklinikker, mens noen klinikktyper er representert med svært få enheter. Dette gjør at grunnlaget for en sammenligning mellom praksisen i de ulike klinikktypene er svak.

5.5. Kliniske implikasjoner.

Det kliniske arbeidet bør bygge på kunnskap. Denne kunnskapen kan komme fra empirisk forskning, forskning på klinisk praksis, erfaring av hva som virker osv. Forskning viser at det som best predikerer resultat i terapi er den terapeutiske alliansen, samt det at klienten opplever tidlig endring i sin psykiske helsetilstand. Dette bør få konsekvenser for det kliniske arbeidet.

Etter hvert som en får mer kunnskap om hva det er i den terapeutiske alliansen som er virksomt, kan en utvikle gode måleinstrumenter for dette. Disse bør da brukes for alle klienter. Viser det seg at alliansen er dårlig, bør alt gjøres for å forbedre denne. Enkelte ganger kan dette bety at en bør bytte terapeut. Dette er imidlertid ikke like lett i alle deler av landet ettersom tilgangen på terapeuter er begrenset. Andre ganger kan det å bytte terapeut være direkte antiterapeutisk. Eksempel på dette er hvis klienten viser misnøye med terapeuten i gjennombruddsfasen.

Det finnes gode instrumenter til å registrere symptom og funksjonsnivå med. Disse må imidlertid brukes på en spesiell måte, for å gi mål på endring. Det skal gjøres minst to registreringer med samme instrument, en ved oppstart av behandlingen, og en ved et senere tidspunkt.

En forutsetning for å bruke tid, krefter og penger på evalueringsarbeid er at det har en nytteverdi. Nytteverdien må veies opp mot ressursbruken. Informasjonen som innhentes må brukes til å bedre kvaliteten på behandlingen. Evaluering, som ikke har denne funksjonen, må fjernes. Arbeidet må gjennomføres på en måte som gir maksimal, relevant informasjon, og det må gjøres på "riktig" tidspunkt i behandlingsforløpet. Det er alltid et spørsmål om, hvorvidt den tiden en bruker på å evaluere behandlingen, kunne vært brukt på en måte som er mer nyttig for klienten.

Til tross for at det for tiden satses stort på psykisk helsevern fra myndighetenes side kunne en alltid ha bruk for større ressurser. Dette gjelder både for bygninger og personale. En står overfor mange dilemmaer når en har for lite ressurser. Hvor lenge er det forsvarlig å la mennesker vente på et behandlingstilbud? Skal en gi flest mulig klienter en kort terapi og på den måten risikere at de ikke får god nok hjelp for problemene sine, eller skal en forsikre seg om at klienten har fått god hjelp før en behandling avsluttes? Hvordan kan en vite at klienten har fått god nok hjelp? Dette er spørsmål som undersøkelsen kaster lys over.

De klare anbefalingene som kan gis når det gjelder på hvilken måte evaluering av kvaliteten på behandling bør gjennomføres er følgende: Ved oppstart av behandlingen fyller klienten ut et evalueringsskjema som registrerer symptomer og funksjonsnivå. I hver terapitime brukes egnede utgaver, på grunnlag av klientens alder, av skjemaene til Duncan og Miller, ORS og SRS. Ved avslutningen av behandlingen fyller klienten på nytt ut det samme skjemaet som ble brukt ved oppstart av behandlingen. Det gjøres en sammenligning av disse to registreringene. Denne utgjør en del av vurderingsgrunnlaget for hva som skal skje videre med klienten. En tid etter avsluttet behandling gjøres det rutinemessig en oppfølging der

klienten igjen fyller ut det samme evalueringsskjemaet. Dette for å finne ut om en eventuell bedring hos klienten er varig. Hvis ikke må nye tiltak settes inn.

5.6. Videre forskning.

For å bedre kvaliteten på hjelpen innen psykisk helsevern for barn og ungdom, trengs det kunnskap innen flere områder. Det trengs kunnskap om faktorer som skaper en god psykisk helse, som beskytter den psykiske helsen, og om risikofaktorer for psykisk uhelse hos barn og ungdom. En må ha kjennskap til ulike symptomer, som kan være tegn på psykiske problemer.

Som nevnt er, klientens opplevelse av tidlig endring og av den terapeutiske alliansen, viktigst for et godt resultat av terapi. Det blir derfor viktig å finne ut hva som kan bidra til at klienten opplever positiv endring tidlig i terapiforløpet. Videre trengs det mer kunnskap om hva det er i den terapeutiske alliansen, som fremmer et godt terapieresultat.

Det er forsket en del på effekten av klient- og resultatstyrt terapi, KOR. Her måler en resultat underveis i terapien. Det trengs også forskning på hva det betyr for klienten og resultatet av behandlingen, at en foretar måling av endring ved avslutning av behandling og en tid etter at behandlingen er avsluttet.

Det trengs gode resultatindikatorer på dette fagområdet. Videre forskning kan finne ut hvilke faktorer som fører til at klienten mestrer livet sitt bedre etter behandling. Det vil si hva det er som fører til varig bedring i den psykiske helsetilstanden. Dette kan danne grunnlag for arbeid med utvikling av evalueringsinstrumenter som kan tappe disse faktorene.

De personlige egenskapene til terapeuten er kanskje de viktigste når det gjelder å oppnå et godt resultat i terapi. Mer forskning for å finne ut mer om disse egenskapene er nødvendig.

Det blir viktig å gjøre ny undersøkelse om noen år, for å se om ting bedrer seg. Da kan en gjøre nytte av de erfaringene som ble er omtalt her.

6. REFERANSER

- Achenbach, T.M. Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) The Research Center for Children, Youth, and Families, Inc. University of Vermont in Burlington, Vermont.
- Anker, M. Norsk versjon av Skala for endringsvurdering (ORS) og Skala for samtalevurdering (SRS)
- Bachelord, A. & Howard, A. (1999). Clients perception on the therapeutic alliance. I: Hubble et. al, (red.). The Heart and Soul of Change. Washington DC: American Psychological Association.
- What Works in Therapy. The American Psychological Association Press.
- Bohart, A., & Greenberg, L. S. (1997). Clients as Self-Healers. Empathy Reconsidered. New Directions in Psychotherapy. The American Psychological Association Press.
- Bowen, J. & Marton, F. (1998). The university of learning: Beyond quality and competence. London: Kogan Page.
- Brown, J., Dreis, S., Nace, D. K. (1999). What Really Makes a Difference in Psychotherapy Outcome? What Does Managed Care Really Want to Know. I: Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D. (red.). The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy. The American Psychological Association Press.
- Carr, A. (red.) (2000). What Works with Children and Adolescents. A Critical Review of Psychological Interventions with Children, Adolescents and their Families. London: Routledge.
- Divisjon Psykisk helsevern ved Sykehuset Innlandet HF. (2005) Brukerundersøkelse etter behandling i BUP. Ungdom 16-18 år. Versjon: III
- Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2000). Doing Client-directed, Outcome-informed Therapy. San Francisco: Jossey-Bass.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. (2004, revidert utgave). The Heroic Client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed Therapy. San Francisco: Jossey-Bass.
- Duncan, B. L. (2007). Forord. I: Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A., & Fjeldstad T. (red.) (2007). Klienten – den glemte terapeut (s. 15-19). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fiedler, F. E. (1951). Factor analysis of psychoanalytic, nondirective and Adlerian therapeutic relationships. Journal of Consulting Psychology, 14, 32-38.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). Persuasion and Healing. A comparative study of psychotherapy (3.utg.) Baltimore: John Hopkins University Press.

- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. J Child Psychol Psychiatry, 38, 581-586.
- Gowers, S. G., Harrington, R. C., Whitton, A., Beevor, A., & Lelliott, P. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents. BritJ Psychiat, 174, 428-431.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. Journal of Clinical Psychology, 61, 155-163.
- Hanssen-Bauer, K. (2001). Norsk oversettelse av HoNOSCA. Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, Helseregion Øst og Sør (R.BUP)
- Hanssen-Bauer, K. (2003) Erfaring med BUP-klinikken. Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, Helseregion Øst og Sør (R.BUP)
- Henriksen, A. K. & Ulvestad, A. K. (2007). Der alle tenker likt – tenker ingen. I: Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A., & Fjeldstad, T. (red). Klienten – den glemte terapeut (s. 349-367). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Heyerdahl, S. (2003). SDQ – Strength and Difficulties Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge, brukt i UNGHUBRO, OPPHED og TROFINN. Norsk Epidemiologi, 13 (1), 127-135.
- Holmboe, O. (in press). Nasjonal undersøkelse blant foresatte ved BUP poliklinikker.
- Howard, K. I., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. American Psychologist, 41, 159-164.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (red.) (1999). The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy. The American Psychological Association Press.
- Institute of Medicine. (2006). Performance measurement: Accelerating improvement. Washington, DC.
- Kazdin, A. E. (2004). Psychotherapy for Children and Adolescents. I: Lambert, M. J. (red.) (2004). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5. utg. John Wiley & Sons, Inc.
- Kazdin, A. E., Whitley, M., & Maricano, P. (2005). The Therapeutic Alliance in Cognitive-Behavior Treatment of Children Referred for Oppositional, Abusive, and Antisocial Behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, 726-30.
- Kelly, E., Hurst, J. (2006). Health care quality indicators project. Conceptual framework paper. OECD Health Working Papers nr. 23. Paris: OECD.

- Lambert, M. J. (1992). Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration. I: Norcross J. C. & Goldfried M. R. (red). Handbook of Psychotherapy Intergration. New York: Basic.
- Lambert, M. J., et al. (2002). Enhancing Psychotherapy outcomes via Providing Feedback on Client Progress: A Replication. Clinical Psychology and Psychotherapy, 9, 91-103.
- Lambert, M. J. (red.) (2004). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5. utg. John Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., Garfield, S. L. (2004). Introduction and Historical Overview.
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (1998). Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Norsk oversettelse ved Neumer, S. P., Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri R-BUP, Helseregionen Øst og Sør.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2000). Outcome Rating Scale (ORS). www.talkingcure.com
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Johnson, L. (2002). Session Rating Scale (SRS V.3.0). www.talkingcure.com
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo Undersøkelse om foresattes erfaringer med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.
- Nasjonale kvalitetsindikatorer. Sosial- og helsedirektoratet: <http://www.shdir.no/kvalitetsforbedring/nasjonale> kvalitetsindikatorer_6274
- Neumer, S. P., Norsk oversettelse av Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, Helseregion Øst og Sør.
- Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008). Helse og omsorgsdepartementet.
- Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008). ”...sammen om psykisk helse”. Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. Helse og omsorgsdepartementet.
- Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2006). ”...Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger.” Sosial- og helsedirektoratet.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. I: Lambert, Michael J. (red.). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5. utg. John Wiley & Sons, Inc.
- Plan for brukervedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse (2006). Sosial- og helsedirektoratet.
- Poliklinikk Syd Østensjø. (2003). Spørsmål ved avslutning av behandlingskontakt. II
U:\bupb\data\Brukerundersøkelse2003\SPØRREskjema 2003.doc

- Rodgers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology, 21, 95-103.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. Journal of Orthopsychiatry, 6, 412-415.
- Rygh, L. H. & Mørland, B. (2006). Jakten på de gode kvalitetsindikatorene. Tidsskr Nor Lægeforen, 126, 2822-2825.
- Shaffer, D. et al. (1983). Children's Global Assessment Scale (CGAS). Archives of General Psychiatry, 40, 1228-1231.
- Shirk, S. & Russel, R. L. (1996). Change Processes in Child Psychotherapy. Revitalizing Treatment and Research. The Guilford Press.
- Shirk, S., Talmi, A., & Olds, D. (2000). A Developmental Psychopathology Perspective on Child and Adolescent Treatment Policy. Development and Psychopathology, 12, 835-855.
- Tuseth, A., Sverdrup, S., Hjort, H., & Friestad, C. (2006). Å spørre den det gjelder. Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør.
- Tuseth, A. (2007). Med 40 års klinisk forskning som veiviser. I: Ulvestad, A. K., Henriksen, K. A., Tuseth, A., & Fjeldstad, T. (red.). Klienten – den glemte terapeut (s. 40-63). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tuseth, A. (2007). I personlig kommunikasjon.
- Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A., & Fjeldstad, T. (red.) (2007). Klienten – den glemte terapeut. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Wampold, B. E. (2001). The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, F. (1974). Change. Principles of Problem Formation and Problem Resolution. Norton & Company.
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L., & Hawkins, J. W. (2003). Improving the Effects of Psychotherapy: The use of Early Identification of Treatment Failure and Problem-Solving Strategies in Routine Practice. Journal of Counseling Psychology, 50, 59-68.

Blindern, 15. mai 2007

Til faglig ledere ved Barnepsykiatriske Poliklinikker

Ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, vil vi i vår gjennomføre en spørreundersøkelse for å se på BUP-feltets arbeid med kvalitetssikring. Først og fremst er vi interessert i forekomst av eventuelle brukerevalueringer, i neste omgang i hvilke metoder som blir benyttet til dette. Hensikten er å lage en oversikt over dagens praksis.

Sosial- og helsedirektoratet er for tiden opptatt av å kvalitetssikre arbeidet ved BUP. Noe er allerede gjort, men mye gjenstår. Det kan se ut som det fortsatt er lite kunnskap med hensyn til om behandlingen fører til ønskede resultater, og lite kunnskap om instrumenter som kan brukes til å evaluere dette. Da brukervedvirkning er et prioritert fagpolitisk område, er det i det kliniske feltet av særlig interesse å finne ut om det eksisterer rutiner for å registrere klientens egen evaluering av behandlingen og av behandlingsresultatet.

Med vår undersøkelse ønsker vi å finne ut hva som gjøres i dag for å måle resultatene av behandlingen. På hvilken måte gjøres dette? Hvilke instrument er i bruk? Hva brukes informasjonen til? Blir det for eksempel ved deres poliklinikk innhentet informasjon fra klientene (foreldrene og/eller barna/ungdommene) om hvordan de har opplevd og vurdert nytten av behandlingen de har fått? Hvordan blir i så fall denne informasjonen samlet inn?

Denne henvendelsen sendes til deg med håp om at du, til tross for en travel hverdag, kan bruke noen minutter på å svare på noen spørsmål som legges ved på eget ark. Vi vet det er en kort tidsfrist, men om mulig ønsker vi svar innen fredag 25.mai i vedlagte svarkonvolutt.

Bruker dere evalueringsskjema er jeg takknemlig for å få et eksemplar av disse.

Henvendelsen går til alle Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Norge. Undersøkelsen blir foretatt av undertegnede, og vil bli levert som hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi, UiO. Arbeidet blir veiledet av dr.philos. Anne Mari Torgersen.

På forhånd takk!

Med vennlig hilsen

Britta F. Waldenstrøm
Stud. Psychol.

Anne Mari Torgersen
veileder

Vedlegg 2

Klientens evaluering av behandlingsresultat ved : _____
(navn på klinikk)

- | | | |
|---|----------|-------|
| 1) Har dere rutiner for å hente inn informasjon fra klientene om hvordan de har opplevd eller vurdert nytten av den behandlingen de har fått: | Ja | Nei |
| a) Ved avslutningen av behandlingen?
Hvis ja, beskriv kort hva dere gjør. | _____ | _____ |
| b) Ved oppfølging en tid etter avsluttet behandling?
Hvis ja, beskriv kort hva dere gjør. | _____ | _____ |
| 2) Bruker dere evalueringsskjema? Hvis ja, hvilke skjema?
Skriv navn på skjema og hvor det er å finne. | _____ | _____ |
| 3) Hva brukes den innsamlede informasjonen til? | Kryss av | |
| For å gi retning til den videre kontakt med klienten | _____ | |
| I arbeidet med å forbedre terapimetoder | _____ | |
| I poliklinikkens statistikk/årsrapport | _____ | |
| Brukes ikke til noe spesielt | _____ | |
| Annet. Beskriv kort : | | |

Takk for at du tok deg tid til å svare!

ENHETER DET BLE SENDT SPØRRESKJEMA TIL

(Liste fra Sosial- og helsedirektoratet. Kommentarer i kursiv).

- 1 BUP Alta
- 2 BUP Midt-Finnmark, Samisk psykiatrisk ungdomsteam
- 3 BUP Øst-Finnmark
- 4 BUP Hammerfest
- 5 Seidajokk barnepsykiatriske behandlingshjem (*er nedlagt, skal opprette ungdomspsykiatrisk behandlingshjem i Alta*)
- 6 BUP Nord-Troms
- 7 BUP Midt-Troms (Silsand)
- 8 UNN Barnepsykiatrisk avdeling
- 9 BUP Sjøvegan
- 10 Berglund behandlingshjem (*ingen treff på nettsøk*)
- 11 Ungdomspsykiatrisk institusjon i Tromsø, (*brevet kom i retur*)
- 12 UNN Narvik Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
- 13 BUP Sør-Troms, Hålogalandssykehuset HF
- 14 BUP Vesterålen, Nordlandssykehuset HF
- 15 BUP Lofoten, Nordlandssykehuset HF
- 16 BUP avdeling Bodø, Nordlandssykehuset HF
- 17 Mosjøen BUP, Helgelandssykehuset HF
- 18 BUP, Psykiatrisk Senter Mo i Rana, Helgelandssykehust HF (*bare voksenavd.*)
- 19 BUP Sandnessjøen, Helgelandssykehuset HF
- 20 BUP Brønnøysund, Helgelandssykehuset HF, Psykiatrisk Senter Ytre Helgeland
- 21 BUP poliklinikk, Ålesund sjukehus
- 22 Ungdomspsykiatrisk avdeling, Ålesund sjukehus
- 23 BUP poliklinikk, Volda sjukehus
- 24 BUP poliklinikk, Kristiansund Sykehus
- 25 Avd. Barn og unge, Psykisk helsevern poliklinikk Molde
- 26 BUP poliklinikk, Sykehuset Namsos
- 27 BUP avdeling, Sykehuset Levanger
- 28 Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, St. Olavs Hospital HF
- 29 BUP – Fosen
- 30 BUP – Orkdal
- 31 BUP poliklinikk Røros
- 32 Ungdomspsykiatrisk poliklinikk, Stavanger Universitetssykehus, Helse Stavanger HF
- 33 Psykiatrisk klinikk – Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Stavanger Universitetssykehus, Helse Stavanger HF
- 34 UP, Haugesund sjukehus
- 35 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, Stord sjukehus, Helse Fonna
- 36 BUP avdeling, Haukeland universitetssykehus
- 37 BUP Voss
- 38 Bergenhus BUP Sentrum, Bjørgvin DPS
- 39 Helse Bergen, Åsane BUP
- 40 BUP Nordhordland
- 41 BUP Fjell
- 42 BUP Fana

- 43 Førde BUP
- 44 BUP Sogndal
- 45 Nordfjord BUP
- 46 Førde BUP Familiehuset
- 47 Betanien BUP
- 48 Kongsberg BUP, Blefjell sykehus HF
- 49 Notodden BUP, Blefjell sykehus HF
- 50 BUP seksjonen, Rikshospitalet
- 51 ABUP – Poliklinikk Kr.S.
- 52 Poliklinikken Lister avd. Barne- og ungdom, Sørlandet Sykehus HF
- 53 ABUP Arendal, Sørlandet Sykehus HF
- 54 Barne- og familieenheten Haugerød (BUA)
- 55 Ungdomsenheten Sykehusveien 2 (BUA)
- 56 BUP, Sykehuset Telemark
- 57 BUP – Vestmar, Sykehuset Telemark
- 58 Tønsberg Poliklinikk
- 59 BUP, Sykehuset Buskerud
- 60 BUP – Ringerike sykehus
- 61 Østbytnet behandlingssenter, Psykisk helsetjeneste for barn
- 62 Lillestrømklinikken Ungdomspsykiatrisk klinikk
- 63 Lillestrøm BUP
- 64 Bråten behandlingssenter, Lillestrømklinikken, AHUS HF
- 65 Grorud BUP
- 66 BUP, Jessheim
- 67 Bærum BUP
- 68 Bjerketun psykiatriske behandlingshjem, Asker- og Bærumklinikken
- 69 Akuttenhet for ungdom, Sykehuset Innlandet HF
- 70 Kringsjåtunet, ungdomspsykiatrisk behandlingssenter
- 71 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Lillehammer
- 72 BUP Gjøvik
- 73 Div. psyk. Helsevern BUP Nevropsyk team (*er samme som nr. 76*)
- 74 BUP Elverum, BUP Hamar og Østerdalen
- 75 Hagen behandlingssenter
- 76 Poliklinisk enhet Hamar, BUP Hamar og Østerdalen
- 77 BUP døgn, enhet for ungdom, Elverum
- 78 BUP Kongsvinger
- 79 BUP – Tynset
- 80 Familieenheten på Gjøvik, BUP døgn, Innlandet HF
- 81 BUP døgn avdeling Seljelva, Sykehuset Innlandet HF
- 82 BUP Søndre Nordstrand (Holmlia)
- 83 BUP Oslo Syd, Enhet Østensjø (BUP Østensjø, Bogerud)
- 84 A) Enhet for Psykoser, Klinikk for psykisk helse - Barn og ungdom, Ullevål Universitetssykehus
B) Familieenheten, Klinikk for psykisk helse, Ullevål Universitetssykehus
- 85 Kringsjå barnepsykiatriske døgnenhet (*får ikke treff på nettsøk*)
- 86 BUP Nordstrand (Nordre Nordstrand)(Tidligere SSBU)
- 87 Poliklinikk Nord – Nordre Aker/Sagene, Klinikk for psykisk helse – Barn og ungdom, Ullevål universitetssykehus HF
- 88 Nydalen senter for barne- og ungdomspsykiatri, Skolen (*driver ikke behandling*)
- 89 Nydalen senter for barne- og ungdomspsykiatri, Dagavdeling

- 90 Ungdomspsykiatrisk akutenhet (UPA)
- 91 Larkollen ungdomspsykiatriske behandlingshjem
- 92 Ambulant miljøterapi
- 93 BUP Follo
- 94 BUP Furuset. Er samme som Søndre Nordstrand (Holmlia)
- 95 BUP Tøyen
- 96 Ungdomspsykiatrisk seksjon (Post 20) Veum, Sykehuset Østfold
- 97 Ungdomspsykiatrisk poliklinikk Østfold
- 98 BUP Sarpsborg
- 99 BUP Fredrikstad
- 100 BUP Askim
- 101 BUP Halden
- 102 BUP Moss
- 103 Skjærviken ungdomspsykiatriske behandlingshjem
- 104 Åsebråten Barnepsykiatrisk klinikk
- 105 Nic Waals Institutt
- 106 Mentalhygienisk Rådgivningskontor

BEHANDLINGSENHETER INNEN PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE

(Listen er en oversikt etter egen oppdatering. Mesteparten av informasjonen er hentet fra hjemmesidene til helseforetakene. Noe kommer fra direkte kontakt med disse. Tallene foran navnet korresponderer med tallene for dem som fikk tilsendt spørreskjema).

Helse Finnmark HF

- 1** BUP Alta
- 2** BUP Midt-Finnmark/Samisk psykiatrisk ungdomsteam
- 3** BUP Øst-Finnmark
- 4** BUP Hammerfest
Familieavdelingen i Karasjok

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

- 6** Senter for Psykisk helse Nord-Troms (BUP, Storslett)
- 7** Senter for Psykisk helse Midt-Troms (BUP, Silsand)
- 8** Barne- og ungdomsklinikken (BUP-Tromsø) 0-18 år
- 8** Ungdomspsykiatrisk avdeling, 13-18 år, sengepost/døgn
- 9** Senter for Psykisk helse Midt-Troms (BUP, Sjøvegan)
- 12** Senter for Psykisk helse Ofoten (BUP, Ofoten)
- 13** Senter for Psykisk helse Sør-Troms (BUP, Sør,Troms)

Nordlandssykehuset HF

- 14** BUP Vesterålen
- 15** BUP Lofoten
- 16** BUP – YS, poliklinikk Ytre Salten (Bodø) eget kontor på Ørnes
BUP – IS, poliklinikk Indre Salten (Fauske)
Akuttpost for ungdom (APU), døgn, 14-18 år
Familieavdelingen, døgn, barn og unge 0-18 år med familie
Ungdomsavdelingen, døgn, 12-18
Korttidsavdelingen, døgn, 13-18 år

Helgelandssykehuset HF

- 17** BUP Klinikkavdeling Mosjøen
- 19** BUP Sandnessjøen
- 20** BUP Brønnøysund

Helse Sunnmøre HF

- 21** Poliklinikken i Ålesund (BUP) 0-18 år
- 22** Ungdomspsykiatrisk avdeling (UPA) 12-18 år
- 23** Poliklinikken i Volda (BUP) 0-18 år

Helse Nordmøre og Romsdal HF

- Akuttjenheten, poliklinisk akutttilbud, 0-18 år, Molde sjukehus (Sagbakken) høst 2005
Sagbakken familieenhet Molde
- 24** Poliklinikk Kristiansund (BUP)
- 25** Poliklinikk Molde (BUP)

Helse Nord Trøndelag HF

26 BUP poliklinikk, Namsos

27 BUP poliklinikk, Levanger

Barne- og ungdomspsykiatrisk sengepost, døgn

Ved Psykiatrisk klinikk, Namsos er det tilbud om familiebeh. og pol.klinikk barn og unge

St. Olavs Hospital HF

28 BUP-klinikk, Poliklinikk Trondheim

29 BUP-klinikk Fosen, poliklinikk

30 BUP-klinikk, Poliklinikk Orkdal

BUP-klinikk, Avd. Lian, akutt, døgn/sengepost, 12-18 år

31 BUP-klinikk, Poliklinikk Røros

Helse Stavanger HF

32 Poliklinikk Stavanger ungdom, 13-18 år

33 Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) v/avd. direktør Gro Christensen Peck

33 Poliklinikk Stavanger barn, 0-12 år

33 Poliklinikk Sandnes, 0-18 år

33 Poliklinikk Egersund, 0-18 år

33 Poliklinikk Bryne, 0-18 år

33 Poliklinikk Sola, 0-18 år

33 Familiepost, 0-18 år

33 Dag/døgnpost, 0-12 år

33 Ambulant enhet, 0-18 år

33 Behandlingspost døgn/dag, 0-12 år

33 Sengepost for ungdom, døgn, 13-18 år

33 Sengepost for ungdom, døgn, 13-18 år

33 Avdeling for unge voksne (AUV), 15-30 år

Helse Fonna HF

34 BUP Haugesund

35 BUP Stord/Kvinnherad

Helse Bergen HF

36 BUP avdeling, Haukeland universitetssykehus

37 BUP Voss

38 BUP Sentrum

39 BUP Åsane

40 BUP Nordhordland

41 BUP Fjell

42 BUP Fana

Barn- og familie, sengepost, dag og poliklinisk, familiepost, 0-13 år

Barn – Osheim, døgn, 0-13 år

Ungdom, døgn, 13-18 år

Helse Førde HF

43 Førde BUP (inkl. 46 Familiehuset)

44 Sogndal BUP

45 Nordfjord BUP

Ungdomsavdeling psykisk helsevern (UPH)

Helse Vest RHF

47 Hospitalet Betaninen, Barne- og Ungdomspsykiatrisk poliklinikk

Blefjell Sykehus HF

48 BUP Kongsberg

49 BUP Notodden

Rikshospitalet HF

50 Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon (BUP), 0-18 år

Sørlandet Sykehus HF

51 BUP i Kristiansand

52 BUP i Farsund

53 BUP i Arendal

54 Barne- og familieenheten i Arendal, familietilbud

55 Ungdomsklinikken i Arendal

BUP i Mandal

BUP i Flekkefjord

Familieklinikken, Kristiansand, familietilbud

Ungdomsklinikken i Kristiansand

Sykehuset Telemark HF

56 Poliklinikk Porsgrunn (BUP) 0-18 år

56 Poliklinikk Skien (BUP) 0-18 år

Familieklinikken, familiebehandling, 0-18 år

Ungdomspsykiatrisk senter (UPS), både døgn og/eller poliklinisk behandling, 13-18 år

57 BUP poliklinikk – Vestmar, 0-18 år

Psykiatrien i Vestfold HF

58 Poliklinikken i Tønsberg

Team Horten, poliklinisk, 0-18

Poliklinikken i Larvik

Poliklinikken i Holmestrand

Dagenheten, 0-6 år

Dagenheten, 6-12 år

Familiesenteret

Døgnetenheten

Sykehuset Buskerud HF

59 BUPA Poliklinisk enhet

BUPA Familieenheten

BUPA Ungdomsenheten

BUPA Behandlingsenhet for barn, dag- eller døgntilbud, 5-13 år

BUPA Fjellbrott, 13-18 år

Ringerike Sykehus HF

60 Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP), Hønefoss, poliklinikk, 0-18 år

Hallingdal sjukestugu, Ål, døgn- og poliklinikktilbud

Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT), innenfor voksenpsykiatri

Akershus universitetssykehus HF

- 61 Østbytunet behandlingssenter, døgn og dag, 6-13 år
- 62 Ungdomspsykiatrisk klinikk (UK), døgn, Lillestrøm, Lillestrømklinikken
- 63 BUP poliklinikk (LBUP), Lillestrøm, Lillestrømklinikken
- 64 Bråten behandlingssenter, døgn, 12-18 år
- 65 Grorud BUP, 0-18 år
- 66 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), Jessheimklinikken

Sykehuset Asker og Bærum HF

- Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk for Asker – BUP, 0-18 år
- Psykiatrisk ungdomsteam (PUT), 15-30 år, stoff- og blandingsmisbruk
- Prosjektteam for ungdom, 15-30 år, i fare for å utvikle alvorlig sinnslidelse/psykose
- 67 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk for Bærum – BUP, 0-18 år
- 68 Bjerketun ungdomspsykiatriske behandlingshjem, døgntilbud, 13-18 år
- Psykiatrisk Akutteam, primært voksen, men tar inn familier og sender dem videre

Sykehuset Innlandet HF

- 69 Akuttenhet for ungdom Sanderud, (BUP Døgnavdeling), 12-18 år
- 70 Kringsjøtunet, Lillehammer, (BUP Døgnavdeling), 12-18 år
- 71 Poliklinikk på Lillehammer, (BUP Lillehammer)
- Poliklinikk på Otta, (BUP Lillehammer)
- 72 Poliklinikk på Gjøvik, (BUP Gjøvik)
- Poliklinikk på Hadeland, (BUP Gjøvik)
- 74 Poliklinikk på Elverum, (BUP Hamar og Østerdalen)
- 75 Hagen behandlingssenter, Brumunddal, (BUP Døgnavdeling), 6-12 år
- 76 Poliklinikk på Hamar, (BUP Hamar og Østerdalen)
- 77 Enhet for ungdom Elverum, (BUP Døgnavdeling), 12-18 år
- 78 Poliklinikk på Kongsvinger, (BUP Kongsvinger),
- 79 Poliklinikk på Tynset, (BUP Hamar og Østerdalen)
- 80 Familieenheten, Gjøvik, (BUP Døgnavdeling), 0-18 år
- 81 Seljelia, (BUP Døgnavdeling), 6-12 år

Ullevål universitetssykehus HF

- 82 Poliklinikk Søndre Nordstrand, (BUP Syd)
- 83 Poliklinikk Østensjø, (BUP Syd)
- 84a Enhet for psykoser, ungdom
- 84b Familieenheten, ungdom
- 86 Poliklinikk Nordstrand, (BUP Syd)
- 87 Poliklinikk Nord, (BUP Nord)
- Nydalen døgnenhet, barn, døgn
- 89 Nydalen dagenhet, barn, dag
- 90 Ungdomspsykiatrisk akuttenhet, ungdom
- 91 Larkollen ungdomspsykiatriske behandlingshjem
- 92 Ambulant miljøterapi (AMT), ungdom
- Ungdomspsykiatrisk enhet, ungdom
- Sogn døgnenhet, barn, døgn
- Lillesogn dagenhet, barn, dag
- Ullevål dagenhet, sykehusavdeling

Aker universitetssykehus HF

93 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Follo, (BUP Follo), 0-18 år

94 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Furuset (BUP Furuset), 0-18 år

95 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Tøyen (BUP Tøyen), 0-18 år

Sykehuset Østfold HF

96 Ungdomspsykiatrisk seksjon, Veum

97 Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk Sarpsborg

98 Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk Sarpsborg, 0 til og med 17 år

99 Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk Fredrikstad, 0-18 år

100 Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk Askim, 0 til og med 17 år

101 Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk Halden, 0 til og med 17 år

102 Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk Moss, 0 til og med 17 år

103 Skjærviken Ungdomspsykiatriske Behandlingshjem

104 Åsebråten Barnepsykiatriske Klinik, Veum, dag/døgn 7-12 år, dag primært førskolealder
øvre aldersgrense 12 år, familie

Helse Sør-Øst RHF

105 Nic Waals Institutt, poliklinikk

106 Mentalhygienisk rådgivningskontor

KORT OMTALE AV DE MEST BRUKTE INSTRUMENTENE

Instrumenter som er egnet til å måle endring/effekt

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)- "Sterke og svake sider". (Goodman, 1997 i Heyerdahl, 2003).

Instrumentet vurderer mental helse hos barn og unge. Dette skjer ved hjelp av 25 spørsmål, som dekker områdene emosjonelle symptomer, atferdsproblemer, hyperaktivitet/oppmerksomhetsproblemer, problemer i relasjon til venner, og prososial atferd. Ved å bruke dette instrumentet før og etter behandling, får en registrert endring hos klienten på disse områdene. Dette kan tolkes som et mål på effekt av behandlingen. Når en finner grenseverdien for norske forhold kan en sjå klientens verdi opp mot denne verdien. Skjemaet fylles ut av ungdom, foreldre og lærere.

Instrumentet ble utviklet av Robert Goodman i England (Goodman, 1997 i Heyerdahl, 2003). Personer som har vært viktige i arbeidet med den norske oversettelsen og valideringen er Einar Heiervang, Sonja Heyerdahl, Melanie Young, Irene Elgen og Tove Blekkan. Sonja Heyerdahl gir en orientering om spørreskjemaet i en artikkel (Heyerdahl, 2003).

Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) "Achenbach system for empirisk forankret kartlegging".

Instrumentet, som før ble kalt CBCL, tilbyr en omfattende tilnærming til å kartlegge barnets eller ungdommens adaptive eller mistilpassede strategier og funksjonsnivå. Det gir standardiserte mål på atferdsproblem. ASEBA er svært problemfokusert, og fanger i liten grad opp informasjon om sterke sider. Disse sidene får en informasjon om kun ved noen få spørsmål om sport, hobby, aktiviteter og leker. Instrumentet består av to skjema, begge med 100 spørsmål. Det ene tapper sosial kompetanse og det andre lager en problemskala. Skjemaene finnes i tre versjoner: en lærerutgave for barn mellom 4 og 16 år, en utgave for foreldre til barn mellom 4 og 16 år, og en selvrappportutgave for ungdom mellom 11 og 18 år. Ved å gjøre denne kartleggingen før og etter behandling vil en kunne registrere endring, som kan tolkes som effekt av behandlingen.

Klienten blir intervjuet av terapeuten eller fyller ut skjemaene selv.

Kartleggingsinstrumentet er utviklet ved The Research Center for Children, Youth, and Families, Inc. Senteret er knyttet til University of Vermont in Burlington, Vermont.

Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) (Gowers et.al, 1999) “Nasjonens helse sine resultatskalaer for barn og unge”.

Instrumentet gir et bredt mål på personens psykiske helsetilstand. Dette skjer ved hjelp av 15 punkt, der de 13 første er tenkt å skulle måle helsetilstanden direkte ved å tappe atferd, problemer, symptomer og sosial fungering. De to siste går på mangel på informasjon, eller manglende adgang til hjelpeapparatet. En vil kunne sjå endring i helsetilstanden ved å bruke instrumentet før og etter behandling. Denne endringen kan tolkes som effekt av behandlingen. Dette er en klinikerskåring.

Instrumentet er laget av S. G. Gowers i England (Gowers et. al, 1999). Det kom i norsk versjon 2001 og er oversatt av Ketil Hanssen-Bauer m. fl. ved Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, Helseregion Øst og Sør (R.BUP) og Nic Waals Institutt, Oslo.

Children’s Global Assessment Scale (CGAS) (Shaffer et al., 1983)

Instrumentet er utviklet med tanke på å måle det laveste psykososiale funksjonsnivå i løpet av en spesifisert periode. Det er en rating-skala over et hypotetisk kontinuum av helse/sykdom, fra et laveste nivå på 1 til et høyeste nivå på 100. Skårer over 70 indikerer normal fungering. Instrumentet inneholder adferdsorienterte beskrivelser på i alt 10 ”ankringspunkter”. I praktisk bruk anvender man imidlertid eksakte skårer innen 10-punkts intervallene. CGAS er tenkt for barn i alderen 4 – 16 år. Skårer en barnets psykososiale funksjonsnivå ved oppstart av behandlingen og ved avslutningen, får en et mål på endring. Denne endringen kan tolkes som effekt av behandlingen.

Terapeuten fyller ut skjemaet.

Dette instrumentet er adaptert fra The Global Assessment Scale (GAS) for voksne. Den første Global Assessment Scale for barn ble laget av Rothman et al. (1978). Denne hadde imidlertid mange svakheter, blant annet dårlige operasjonaliseringer. I 1983 publiserte Shaffer og medarbeidere Children’s Global Assessment Scale. (Shaffer et al., 1983). Norsk oversettelse er ved I. H. Vandvik. Det finnes også kasusvignetter for hvert av de 10 intervallene i skalaen. Disse er utarbeidet av I. Spurkland, I. H. Vandvik og B. R. Rund.

Outcome Rating Scale (ORS) (Miller et. al, 2000). Skala for endringsvurdering – voksne.

Instrumentet skal hjelpe terapeuten til å forstå hvordan klienten har hatt det den siste uken, eller etter siste samtale, inkludert dagen i dag. En vurderer flere områder, slik som personlig,

mellommenneskelig, sosialt og generelt. Klienten merker av på en linje, der et merke til venstre betyr dårlig og mot høyre betyr bra. Når dette gjøres ved hver samtale, kan en ved å sammenligne svarene fra ulike tidspunkt sjå eventuell endring, noe som kan tolkes som et resultat av behandlingen.

Klienten fyller ut skjema.

Skjemaet er laget av Scott D. Miller og Barry L. Duncan 2000 ved Institute for the Study of Therapeutic Change og finnes på www.talkingcure.com. Norsk versjon ved Morten Anker.

Instrumenter som måler allianse

Session Rating Scale (SRS V.3.0) (Miller et. al, 2002). Skala for samtalevurdering – voksne.

Instrumentet skal registrere klientens vurdering av dagens samtale, ut ifra klientens opplevelse. En vurderer forholdet mellom klient og terapeut, mål og tema, tilnærming og metode, og en kategori med navnet generelt. Dette gjøres ved å sette merke på en linje med to poler. En skal plassere sin opplevelse mellom to utsagn, for eksempel: Jeg opplevde ikke at jeg ble hørt, forstått og respektert, og, jeg opplevde at jeg ble hørt, forstått og respektert. Her måler en brukertilfredshet og den terapeutiske alliansen.

Klienten fyller ut skjema.

Det finnes en versjon av instrumentet for voksne og en for barn i alderen 6-12 år. I tillegg er det laget en versjon for barn under 6 år, men den skåres ikke.

Skjemaet er laget av Scott D. Miller, Barry L. Duncan, og Lynn Johnson 2002 ved Institute for the Study of Therapeutic Change og finnes på www.talkingcure.com. Norsk versjon ved Morten Anker.

Instrumenter som måler tilfredshet, men som har noen spørsmål om endring

Undersøkelse om foresattes erfaringer med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker

(Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo)

Hensikten med denne undersøkelsen er å få vite mer om hvordan foresatte opplever det tilbudet de og/eller deres barn mottar ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

Spørsmålene berører område som generell vurdering, behandlere, medbestemmelse og informasjon, samarbeid, samt resultater av behandlingen. Det er en kategori med andre spørsmål om poliklinikken og tilbudet. Bakgrunnsspørsmål om de voksne i husholdet, er også en del av undersøkelsen. Til slutt er det plass til egne kommentarer. Svaralternativet er femdelt, gradert. Ved noen spørsmål kan en i tillegg velge ikke aktuelt/vet ikke. De fleste spørsmålene tapper brukertilfredshet, men en gruppe går på barnets og foresattes utbytte,

barnets tilstand nå sammenlignet med før, og barnets fungering i og utenfor familien nå, sammenlignet med før.

Foresatte fyller ut skjema.

Skjemaet er utviklet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo.

Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) (Mattejat & Remschmidt, 1998)

Spørreskjema for Bedømming av Behandlingen- Foreldre (SBB-F 9/03)

Instrumentet skal gi informasjon om hvordan foreldrene opplevde behandlingen barnet har fått. Hensikten er å forbedre den barne- og ungdomspsykiatriske tjenesten. Skjemaet består av 12 utsagn. En skal vurdere i hvilken grad de er riktige, på en femdelt skala. Utsagnene går på opplevelse av å få hjelp, og om eventuelle forbedringer i relasjonene i hjemmet. Videre er det utsagn om forholdet til terapeuten, samt informasjon til foreldre om terapimål og -plan, Skjemaet finnes også i en utgave for pasient (SBB-P 9/03). Dette består av 9 utsagn. Disse går på om behandlingen var til hjelp, for eksempel gjennom at relasjonene i familien har blitt bedre. De går også på redsel for å få det verre, samt forholdet til terapeuten. Utsagnene tapper mest brukertilfredshet, slik som tilfredshet med den terapeutiske alliansen, men også noe endring/effekt/resultat.

Foreldrene og/eller pasienten fyller ut skjemaet.

Tysk original er fra F. Mattejat og H. Remschmidt (1998). Oversatt til norsk ved S. P.

Neumer, Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri R-BUP, Helseregion Øst og Sør.

Brukerundersøkelse etter behandling i BUP. Ungdom 16 – 18 år. Versjon: III (30.08.05)

Instrumentet skal skaffe informasjon om brukerens erfaringer fra tiden i behandling. Det blir administrert som et strukturert intervju over telefon. Flere område blir undersøkt, slik som informasjon, service, respekt og støtte, inntak/mottak, opplevd nytte av behandlingen, medvirkning i behandlingen, gjennomføring og avslutning av behandlingen. Etter hver del, blir det spurt om kommentarer fra pasienten. Størstedelen av skjema dreier seg om brukertilfredshet, i tillegg til noe om alliansen med terapeuten. En del ser på opplevd nytte av behandlingen. Fra dette kan en få mål på endring/effekt. Det er også en gruppe spørsmål som går på brukerens medvirkning i egen behandling. Til slutt spørres det om hva en var minst/mest fornøyd med i behandlingen ved poliklinikken. I tillegg kommer intervjuerens kommentar til intervjuet. Det finnes et helt identisk skjema til intervju av foresatte.

Instrumentet finnes i flere versjoner, der hvert av dem er tilpasset, slik at de er hensiktsmessige i forhold til hvilken avdeling de skal brukes i. Spørsmålsstillingene er ulike,

det er nyanseforskjeller, men de er bygget over de samme områdene. Skjemaene er mål for et stadig forbedringsarbeid.

Terapeuten fyller ut skjemaet på grunnlag av svar fra klienten.

Divisjon Psykisk helsevern ved Sykehuset Innlandet HF har utarbeidet intervju-skjemaene. De er bygget på Statens helsetilsyns utredningsserie, 6-2001, Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern, Pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter.

Spørsmål ved avslutning av behandlingskontakt I

Spørreskjemaet handler om klientens opplevelser av BUP. Spørsmålene går på hvem som tok initiativet til å kontakte BUP og hvorfor, antall konsultasjoner, hvor fornøyd en er med tilbudet og med kontakten med behandleren, om en har tillit til kompetansen. Avslutningsvis blir det spurt om en avsluttet på riktig tidspunkt, og om en vil anbefale BUP til andre. Helt til slutt er det åpning for egne kommentarer til kontakten eller spørreskjemaet. Til noen spørsmål kan en velge mellom ferdige svaralternativ i tillegg til plass til andre/annet. De fleste spørsmålene er formet som utsagn der en skal krysse av på en femdelt skala i hvilken grad en er enig utsagnet. Spørreskjemaet handler mest om brukertilfredshet, men et utsagn går på at situasjonen til klienten er bedre etter behandlingen. Her kan en få et visst mål på endring/effekt.

Skjemaet blir fylt ut av foreldre, foresatte og ungdom over 12 år.

Spørsmål ved avslutning av behandlingskontakt. II

Instrumentet skal bringe fram brukerens syn på hvordan det var å møte menneskene som jobber ved BUP, men også hvordan brukeren skulle ønske det hadde vært. Skjemaet består av fem spørsmål der en skal velge et av fem svaralternativ, gradert for eksempel mellom svært fornøyd og svært misfornøyd. I tillegg kan en komme med egne kommentarer på hva en kunne ønsket annerledes, og hva en er særlig fornøyd med. Andre spørsmål går på hvor fornøyd en er med tilbudet, kontakten med behandlerne, og om en har tillit til behandlerens faglige kompetanse. Et spørsmål går på om kontakten med BUP hjalp for problemene en kom for. Dette spørsmålet kan gi informasjon om endring/effekt, mens de fleste andre tapper brukertilfredshet.

Foreldre, foresatte og ungdom over 12 år fyller ut skjemaet.

Dette brukerevalueringsskjema er utarbeidet ved Poliklinikk Syd Østensjø. Postadresse:

Poliklinikk Syd Østensjø, Postboks 23 Bogerud, 0621 Oslo. Telefon: 23 42 86 50.

U:\bupb\data\Brukerundersøkelse2003\SPØRREskjema 2003.doc

Instrumenter som måler brukerens tilfredshet med tilbudet

Erfaringer med BUP-klinikken (ESQ) (har ikke referanse til denne).

Med dette instrumentet ønsker en å få informasjon om hva klienten synes om hjelpen han/ho har fått ved BUP- klinikken. Skjema består av 12 utsagn, der det skal krysses av i hvilken grad disse stemmer for den enkelte klient. Instrumentet gir informasjon om hvordan klienten opplevde forholdet til de som arbeider ved klinikken. Dette gjøres gjennom utsagn som går på om de lyttet, var lette å snakke med, og om de behandlet klienten på en god måte. Andre utsagn går på tillit til de ansattes kompetanse, og klientens mulighet til selv å bidra i terapien og få informasjon. Eksempel på utsagn er: mitt syn og mine bekymringer ble tatt på alvor, jeg føler at de vet hvordan de kan hjelpe oss, jeg fikk nok forklaring om hjelpen de kunne tilby, og jeg føler at de ansatte her samarbeidet om å hjelpe oss. Det er også noen utsagn som går på lokalene og avtaletidspunkt. Til slutt åpnes det for klientens egne kommentarer til hva han/ho er mest fornøyd med, noe han/ho ikke likte eller synes bør forbedres, og annet. Instrumentet består av et foreldreskjema og et skjema til barn og ungdom. Det måler fortrinnsvis brukertilfredshet, men tapper også noen forhold, som er viktige for den terapeutiske alliansen. Klienten fyller ut skjemaet.

Erfaring med BUP-klinikken (Hanssen-Bauer, 2003).

Disse skjemaene er laget for å evaluere brukernes erfaringer med BUP-poliklinikker. Det finnes et sett skjema som er språklig tilpasset de som avslutter behandling og et sett skjema som er tilpasset en tverrsnittsundersøkelse av alle pasienter som får et tilbud. Skjema, som er til bruk ved avslutningen av behandlingen, består av et 20-tal utsagn. En skal angi i hvilken grad en synes de stemmer. Det er plass til egne kommentarer til slutt. Skjema til bruk ved tverrsnittsundersøkelser er utformet på samme måten, men uten egne kommentarer. I begge settene er det ett skjema til foresatte og ett til ungdom over 11 år. Skjemaene er egnet til å måle brukertilfredshet.

Det er klienten (foresatte hvis barnet er under 11 år) som fyller ut skjema.

Skjema er utviklet av Ketil Hanssen-Bauer ved Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, p.b. 23 Tåsen, N-0801 Oslo i samarbeid med Sintef Helse, avd for Helsetjenesteforskning, psykisk helsearbeid og med innspill fra en arbeidsgruppe i 2003.

Vurdering av kontakten med BUPP FR. STAD

Instrumentet skal fange opp klientens vurdering av tilbudet totalt slik det ble opplevd.

Klienten vurderer disse områdene: forhold mellom deg og terapeut/kontaktpersoner, mål og tema, tilnærming eller metode, og generelt. Dette gjøres ved å sette et merke mellom to poler på en linje. Eksempel på tekst ved polene: vi snakket ikke om det jeg ønsket å snakke om og arbeide med, og vi snakket om det jeg ønsket å snakke om og arbeide med. I tillegg gir skjemaet åpning for egne kommentarer om hva en var spesielt fornøyd med, hva en savnet/ønsket mer av, og eventuelle andre kommentarer. Med dette instrumentet undersøker en brukertilfredshet.

Brukeren fyller ut skjema.

Skjema er laget av barnepsykiater Anette Justesen i 2004 etter modell av Lynn D. Johnson, Scott D. Miller and Barry L. Duncan SRS V.3.0. (Miller et. al, 2002).